

**DIE BERUFLICHE UND SOZIALE SITUATION
DER FRÜHKINDLICH HIRNGESCHÄDIGTEN**

Karl Dichtl

1970



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552314_0046

Aus der Orthopädischen Poliklinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. A. Witt

DIE BERUFLICHE UND SOZIALE SITUATION

DER FRÜHKINDLICH HIRNGESCHÄDIGTEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig Maximilians Universität zu München

vorgelegt von

Karl Dichtl

aus

Erding

München 1978

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München

Berichterstatter: Professor Dr. A. G Ö B

Mitberichterstatter: Professor Dr. A. W I T T

Dekan:Professor Dr. W. S P A N N

Tag der mündlichen Prüfung:20.7.1978



VERLAGSSTELLE

VERLAG

VERLAGSSTELLE

VERLAGSSTELLE

VERLAGSSTELLE
VERLAGSSTELLE
VERLAGSSTELLE
VERLAGSSTELLE
VERLAGSSTELLE

MEINEN ELTERN GEWIDMET

VERLAGSSTELLE

VERLAGSSTELLE

VERLAGSSTELLE

VERLAGSSTELLE

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

Einleitung

Allgemeiner Teil

Spezieller Teil

Zielsetzung und Erhebungsprogramm	1
Gesundheitliche Verhältnisse	4
Soziale Verhältnisse und Lebensbedingungen	20
Schulische Ausbildung	44
Berufliche Verhältnisse	52
Beurteilung der eigenen Lage	78
Zusammenfassung	83
Schluß	87
Literatur	89
Anhang	93

E I N L E I T U N G

In den letzten Jahren wurde die Errichtung von Behindertenwerkstätten in vielen Landkreisen des Regierungsbezirks Oberbayern vorangetrieben. Das Interesse der Öffentlichkeit spiegelte sich in der beispielhaften finanziellen Unterstützung durch die Bevölkerung, vielerorts hervorgerufen durch das Engagement der lokalen Presse, wieder. Vor allem die spastische Lähmung, die wie kaum eine Behinderung durch Vorurteile und Fehleinschätzung seitens ihrer Umwelt belastet ist, erweckte zunehmend Aufmerksamkeit. Die wachsende Zahl frühkindlich Hirngeschädigter, von denen ein großer Teil durchaus förderungsfähig ist, verlangt nach verstärkten rehabilitierenden Bemühungen in medizinischer, sozialer und beruflicher Hinsicht. Die erfolgversprechenste Maßnahme, die Probleme dieses Personenkreises aufzuspüren, ist die direkte Befragung der Betroffenen selbst.

Die vorliegende Arbeit sieht ihre Aufgabe in der Untersuchung der sozialen und beruflichen Situation der frühkindlich Hirngeschädigten Oberbayerns. Durch die statistische Auswertung der Lebensumstände dieses Personenkreises versucht sie Aufschluß über Erfolge von Rehabilitationsmaßnahmen zu verschaffen oder aber Lücken in der Förderung und Betreuung dieser Personen aufzudecken, die dringender Abhilfe bedürfen.

Herrn Prof. Dr. G ö b , der mich zu dieser Untersuchung anregte und durch wertvolle Ratschläge meine Arbeit in vielfacher Hinsicht förderte, sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

1832/33 wurde in München vom Universitätskurator Nepomuk von K u r t z die erste katholische Erziehungs-, Unterrichts- und Bildungsanstalt für verkrüppelte Kinder gegründet, das erste Modell einer vollständigen Rehabilitation in Deutschland. Noch bevor der badische Staatsrechtler Ritter von B u ß 1844 als erster in diesem Zusammenhang das Wort "Rehabilitation" prägte, wurde 1841 als evangelische Anstalt in Ludwigsburg die Werner-Stiftung ins Leben gerufen. Die Grundlage der Bemühungen zur Lösung der sozialen Frage, die ebenso in anderen europäischen Staaten erkennbar waren, ist in der französischen Verfassung vom 24. Juni 1793 sehr klar ausgesprochen. Darin heißt es "Die öffentliche Unterstützung ist eine heilige Schuld. Die Gesellschaft schuldet ihren unglücklichen Bürgern den Unterhalt, sei es, daß sie ihnen Arbeit beschafft, sei es, daß sie denen, welche zu arbeiten außerstande sind, die Existenzmittel gewährt." 1)

Bis zur Gegenwart haben die Begriffe "Fürsorge" und "Rehabilitation" zahlreiche Wandlungen und Erweiterungen erfahren. Nicht nur die Folgen zweier Weltkriege und die immer größere Zahl von Verkehrsopfern führten zu wachsenden Behindertenzahlen. So stellte das Bundesministerium für Gesundheitswesen in den sechziger Jahren fest: "Manches scheint dafür zu sprechen, daß diese Zahl - 4.000 Geburten jährlich mit frühkindlichem Hirnschaden - im Wachsen begriffen ist." 2) Gerade diese Behinderung durch die zerebrale Kinderlähmung macht deutlich, wie notwendig die Ausweitung des Begriffes "Rehabilitation" war. Noch 1960 wurde im Bericht über die Arbeitstagung der "Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge e.V." in Freudenstadt definiert: "Rehabilitation bedeutet die Summe aller Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit körperlich und geistig behinderter Personen. Das Ziel ist mithin die Bewährung des Behinderten in der Leistung." 3)

- 1) Zitat nach Jochheim, Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte 1962, S.15.
- 2) Zitat nach W. Bläsig, Die Rehabilitation der Körperbehinderten, München/Basel 1967, S.28.
- 3) Zitat nach K. Lindemann, Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte 1962, S. 133.

Ausdruck der Unbarmherrigkeit der vornehmlich an der Leistung orientierten Gesellschaft. Dem Großteil der frühgeschädigten Hirngeschädigten waren aufgrund dieser Definition rehabilitierende Maßnahmen verwehrt.

Die Wandlung des Rehabilitationsverständnisses im letzten Jahrzehnt trägt dieser Ungerechtigkeit Rechnung. So steht über den Umfang der Rehabilitation im "Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern":

"Spricht der 1. BLB (Bayerischer Landesplan für Behinderte) von Rehabilitation, so meint er damit die gesamte Behindertenhilfe, also

- die Habilitation, d.h. die Ersterlangung von Fähigkeiten,
- die Rehabilitation im engeren Sinne, d.h. die Wiedereingliederung,
- die Pflege und Betreuung, d.h. die Versorgung nicht oder nicht voll eingliederungsfähiger Behindelter,
- die Prävention, d.h. die Verhinderung konkret drohender Behinderung und endlich
- die Nachsorge, d.h. die nachgehende Hilfe zur Sicherung eines vorhandenen Rehabilitationserfolges." 4)

An der Behinderung durch infantile Zerebralparese läßt sich ermeszen, wie wichtig die Ausweitung auf die Habilitation, auf die Pflege und Betreuung, die Prävention und die Nachsorge war. Rehabilitation frühkindlich Hirngeschädigter umfaßt somit einen Zeitraum, beginnend bereits im ersten Lebensjahr, der nicht mit der Erlangung eines Arbeitsplatzes enden kann und darf. Im Fall der Pflegebedürftigkeit bedeutet sie öffentliche Verpflichtung für das ganze Leben. In der oben genannten Veröffentlichung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung heißt es: "Rehabilitation ist heute nicht mehr fürsorgliche Leistung zur Linderung der Not, sondern Erfüllung des Anspruchs der Behinderten auf Eingliederung in Beruf und Gesellschaft, und zwar durch Hilfe zur Selbsthilfe." 5)

Ein großes Wort, an dem die soziale und berufliche Situation frühkindlich Hirngeschädigter zu messen sich diese Arbeit zur Aufgabe gestellt hat.

4) u. 5): Zitat aus dem "Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern" herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1975, Seiten 1/1 und 1/3.

Z I E L S E T Z U N G der vorliegenden Arbeit und E R H E B U N G S - P R O G R A M M

Aufbauend auf die in der Literatur beschriebenen Erfahrungen, untersucht diese Arbeit die soziale und berufliche Situation der frühkindlich Hirngeschädigten in Oberbayern. Der befragte Personenkreis rekrutiert sich aus den Krankenblättern der orthopädischen Poliklinik der Universität München sowie des Spastikerzentrums München. In das Erhebungsprogramm fanden alle Patienten Eingang, die im Jahre 1960 und früher geboren waren, Behinderte also, die zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr im schulpflichtigen Alter waren.

Um einen möglichst wenig selektierten Personenkreis zu erfassen, sowohl in medizinischer Hinsicht, als auch in sozialer Hinsicht und vergleichbaren strukturellen Gegebenheiten der näheren und weiteren Umgebung ihres Wohnorts, wurde der Personenkreis auf Behinderte eingeschränkt, die ihren Wohnsitz im Regierungsbezirk Oberbayern haben.

In den Akten wurden 419 frühkindlich Hirngeschädigte ausgemacht, die obige Voraussetzungen erfüllten. 56 Behinderte, die zu diesem Zeitpunkt einer Beschäftigung im Spastikerzentrum München nachgingen, wurden persönlich aufgesucht; soweit möglich bearbeitete ich mit ihnen den Fragebogen gemeinsam. In 7 Fällen wurde eine Beantwortung abgelehnt. An 363 Behinderte versandte ich per Post diesen Fragebogen mit einem Begleitbrief sowie einer Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens (siehe Anhang). 115 der Angeschriebenen sandten ihre Antwort postwendend zurück, von 3 Behinderten wurde ich selbst aufgesucht, 10 weitere wurden auf ihren Wunsch hin persönlich besucht. 86 Adressaten antworteten auf eine Postkarte hin, die ihnen mit der nochmaligen Bitte um Antwort zugeschickt wurde, nachdem sie drei Wochen nach Erhalt des Fragebogens nicht geantwortet hatten. Von 92 Adressaten war auch auf diese Postkarte hin keine Antwort zu bekommen. 57 Behinderten konnte der Fragebogen auf dem Postweg nicht zugestellt werden.

Tabelle 1: Verwertbarkeit der Angaben

Nicht verwertbar:

Nicht zustellbar	57	
Empfänger verstorben	7	
Beantwortung verweigert	25	
Keine Antwort	92	
	<u>181</u>	43,2 %

Verwertbare Angaben:

Persönliches Gespräch	62	
Spontane Antwort	101	
Antwort auf "Mahnung"	75	
	<u>238</u>	56,8 %

Diese Zahl ist, gemessen an der Einwohnerzahl Oberbayerns (Stand vom

31.12.1976: Einwohner insgesamt: 3.574.650
 davon männlich : 1.720.206
 davon weiblich : 1.854.444)

geradezu gering (0,007 %). Staat und Gesellschaft verpflichten sie jedoch durch ihren Anspruch auf rehabilitierende Maßnahmen zu großer Anstrengung, die sich nicht im Finanziellen erschöpfen kann und darf.

Die Geschlechtsverteilung der verwertbaren Aussagen zeigt sich mit 125 weiblichen gegenüber 113 männlichen Behinderten (52,5 bzw. 47,5 %) nahezu ausgeglichen.

Die Altersverteilung zeigt, z.T. bedingt durch die Besucher des Spastikerzentrums, eine ausgeprägte Verschiebung zugunsten der jüngeren Gruppen. 108 Behinderte (45,4 %) waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine 20 Jahre alt. 87 (36,6 %) waren zwischen 20 und 29 Jahre alt, die Gruppe der 30-39jährigen umfaßte nur noch 29 Behinderte (12,2 %). In der Altersgruppe von 40-49 Jahren waren noch 9 (3,8 %), bei den über 50jährigen nur noch 5 (2,1 %) Behinderte zu verzeichnen. Diese Zahlen tragen der verminderten medizinischen Rehabilitationsbemühung hinsichtlich der drei letztgenannten Altersgruppen Rechnung. Es ist gut denkbar, daß in diesen Zahlen auch die, nicht nur für den Rehabilitationsgedanken, dunklen Jahre des Dritten Reiches ihren Ausdruck finden.

Aus formalen und statistischen Gründen werden in den folgenden Abschnitten gesundheitliche, soziale, schulische und berufliche Verhältnisse gesondert abgehandelt. Diese Trennung entspricht nicht dem Vorgehen bei der Rehabilitation des frühkindlichen Hirnschadens.

Das Grundkonzept der Rehabilitation besteht vielmehr in der zusammenführenden und kontinuierlichen Behandlung des frühkindlich Hirngeschädigten durch alle an der Rehabilitation beteiligten Personen und Institutionen.

GESUNDHEITLICHE VERHÄLTNISSE

DIAGNOSE

Die Einteilung der frühkindlichen Hirnschäden nach der klinischen Symptomatik zeigt bereits die ganze Problematik dieser Körperbehinderung auf. Zu groß ist der Unterschied in der Schwere der Ausprägung der Körperbehinderung an sich, die Zahl der Kombinationsmöglichkeiten zusätzlicher Behinderungen, die Spanne des Ausmaßes eines Intelligenzdefektes, um ein klar definiertes klinisches Symptom einem gleichnamigen objektiv gleichzusetzen. Dennoch dürfte die Einteilung nach dem klinischen Erscheinungsbild, das ja weitgehend die medizinische und soziale Prognose bestimmt, die sinnvollste sein.

Tabelle 2: Klinische Symptomatik der frühkindlich Hirngeschädigten Oberbayern

	Insgesamt	weiblich
<u>Spastik</u> (78,6 %), davon:		
<u>Hemiplegie rechts</u>	51	24
<u>Hemiplegie links</u>	29	12
<u>Diplegie</u>	32	19
<u>Triplegie</u>	6	3
<u>Tetraplegie</u>	42	30
<u>Paraplegie</u>	4	3
<u>Sonstige Spastikformen</u>	16	10
<u>Athetosen</u> (10,5 %), davon:		
<u>Hemiathetosen</u>	4	2
<u>Tetraathetosen</u>	13	6
<u>Sonstige Athetosen</u>	8	4
<u>Ataxie</u> (<1 %)	1	0
<u>Mischformen</u> (6,7 %), davon:		
<u>Spastik und Athetose</u>	13	8
<u>Athetose und Ataxie</u>	2	2
<u>Spastik und Ataxie</u>	1	1
<u>Nicht eindeutig klassifizierbare Formen</u>	9	1
	<u>238</u>	<u>125</u>

Mit 78,6 % ist die Spastik die häufigste klinische Erscheinungsform der infantilen Zerebralparese, gefolgt von der Athetose mit 10,5 %. Im vorliegenden Krankengut machten Mischformen 6,7 % der Fälle aus, eine reine Ataxie konnte nur in einem Fall festgestellt werden (0,5 %). Diese Häufigkeitsangaben decken sich nahezu mit denen, die A s h e r und S c h o n e l l , N i l s o n n e und I n g r a m für dieselben Erscheinungsformen angeben 6). Sie ermittelten für die Spastik eine Häufigkeit von 83,0 bzw. 72,0 und 77,8 %, für Athetosen 10,0 sowie 23,0 und 8,2 %. Der hohe Anteil von 23 % Athetosen bei N i l s o n n e wird dadurch erklärt, daß dieser in seiner Aufstellung keine Mischformen berücksichtigt.

Wie vielfach in der Literatur beschrieben, stellen die Halbseitenlähmungen mit 42,8 % den größten Anteil innerhalb der Spastik dar. Mit 26,2 % folgt die Tetraplegie an zweiter Stelle, von der W. T ö n n i s und W. K r e n k e l 1963 schreiben: "Das Krankheitsbild ist nicht so häufig, da wohl viele Fälle früh sterben." 7) Die Lebenserwartung bei diesem Krankheitsbild scheint demzufolge größer geworden zu sein. So fanden sich auch im vorliegenden Krankengut nur vier Fälle von Tetraplegie, die älter als 30 Jahre waren (8,2 % der Tetraplegien), wobei der älteste 43 Jahre alt war; demgegenüber standen 14 Halbseitengelähmte (17,5 % der Hemiplegien), die diese Altersgrenze überschritten hatten, vier davon waren bereits älter als 50 Jahre.

Auf die große Bedeutung der Frühdiagnose für die Prognose des frühkindlichen Hirnschadens wird in zahlreichen Veröffentlichungen hingewiesen. So beschreibt K ö n g 8) bei einem Vergleich von Kindern die bereits im ersten Lebensjahr behandelt wurden, mit solchen, bei denen eine Behandlung erst im zweiten Lebensjahr oder später einsetzte, deutlich bessere Erfolge bei der Gruppe der Frühbehandelten.

- 6) Vergleichszahlen, genannt von W. Tönnis und W. Krenkel in: K. Lindemann, "Die infantilen Zerebralparesen", Stuttgart, 1963, S. 71.
- 7) Zitat aus: K. Lindemann, "Die infantilen Zerebralparesen", Stuttgart, 1963, S. 73.
- 8) Köng, E.: "Behandlungsergebnisse bei Früh- und Spätfällen"
In: "Diagnose und Therapie cerebraler Lähmungen im Kindesalter", Teil 1, von E. Rossi, Basel-New York 1962.

Den Zeitpunkt der Krankheitserkennung in den vorliegenden Fällen zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3: Zeitpunkt der Krankheitserkennung

Zeitpunkt der Krankheitserkennung	Insgesamt	weiblich
in den ersten beiden Monaten	56	28
im weiteren Verlauf des ersten Lebensjahres	106	56
zu einem späteren Zeitpunkt	62	35
unbekannt	3	2
	227	121
	===	===

In den übrigen Fällen war die Ätiologie angeblich bekannt. Dabei handelte es sich um ein

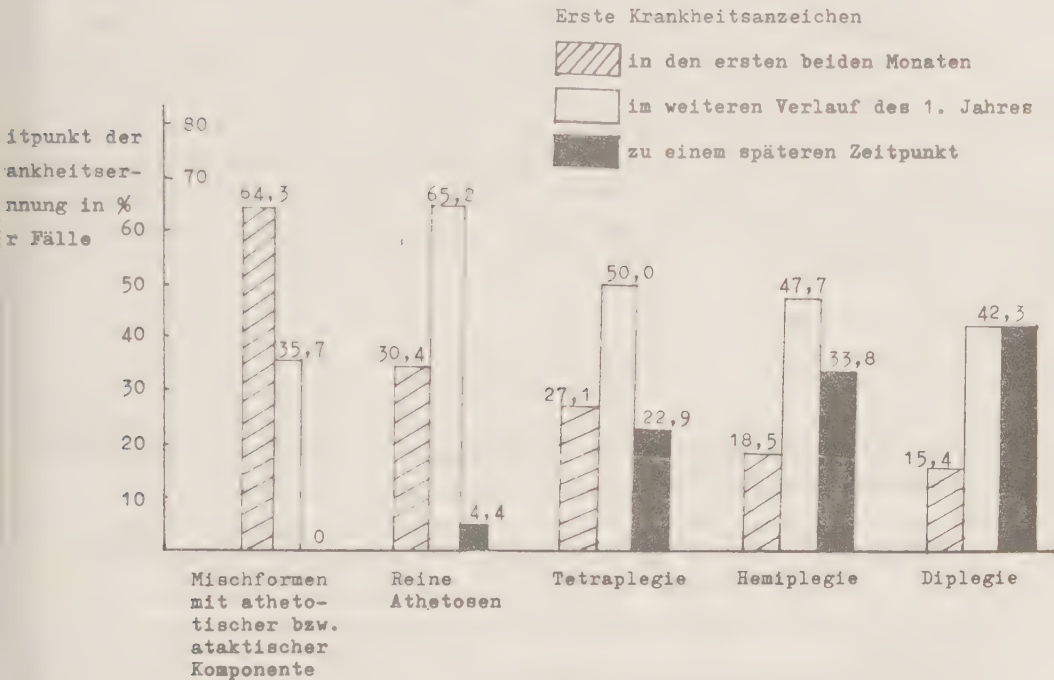
Unfallgeschehen bei	6
Behinderten, eine Encephalitis wurde in	3
und eine Meningitis in	2

Fällen als Krankheitsursache angegeben.

Die Voraussetzung für einen frühzeitigen Therapiebeginn durch eine Frühdiagnose war somit für die ersten beiden Gruppen, das sind 71,4 % der Fälle, gegeben. In 28,6 % wurde der frühkindliche Hirnschaden erst nach dem ersten Lebensjahr erkannt.

Es liegt auf der Hand, daß eine Frühdiagnose umso leichter gestellt werden kann, je schwerer der frühkindliche Hirnschaden ist. Den Zeitpunkt der Erkennung der Krankheit in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik zeigt Abbildung 1. Berücksichtigt werden in dieser Darstellung nur die häufigsten klinischen Erscheinungsformen.

Abb. 1: Zeitpunkt des Erkennens erster Krankheits Hinweise in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik



Die graphische Darstellung zeigt anschaulich das Abnehmen des Erkennens erster Krankheitsanzeichen in den ersten beiden Monaten, von den Mischformen der Spastik mit athetotischen bzw. ataktischen Komponente bis hin zur Diplegie. Umgekehrt proportional dazu steigt die Zahl der Fälle, in denen diagnostische Zeichen erst nach dem Ablauf des ersten Lebensjahres erkannt wurden. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, daß bei erstgeborenen Kindern die Krankheit nur in 23 % der Fälle nach Ablauf des ersten Lebensjahres erkannt wurde, während dies bei nachgeborenen Kindern in 31 % der Fälle war.

Auch wenn eine exakte Diagnosestellung im ersten Lebensjahr in vielen Fällen schwierig oder sogar unmöglich ist, so ist ein Anteil von fast 30 % des untersuchten Personenkreises, bei denen erste Krankheitsanzeichen erst nach Ablauf des ersten Lebensjahres erkannt wurden, bedenklich hoch.

Zahlen ist sicher dadurch zu erwarten, daß Kinder seit 1971 gesetzlichen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten haben; Voraussetzung für eine Verbesserung ist, daß Mütter von der Möglichkeit der Untersuchungen Gebrauch machen, von denen allein 5 im ersten Lebensjahr vorgesehen sind. Vorbehaltlich der Angaben des Bayerischen Statistischen Landesamtes wurden 1973 in Oberbayern immerhin 10.977 Säuglinge zur Untersuchung vorgestellt, 6.842 davon mehrmals, wobei 1.688 Säuglingen eine haus- oder fachärztliche Beratung empfohlen wurde 9). Diese Zahlen berechtigen wohl zu der Hoffnung, daß die Früherkennung des frühkindlichen Hirnschadens, gegenüber dem hier untersuchten Personenkreis, eine Verbesserung erfahren wird.

T H E R A P I E

Eine Übersicht über die mit den Behinderten durchgeführten therapeutischen Maßnahmen zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4: Therapeutische Maßnahmen zur Behandlung des frühkindlichen Hirnschadens

Therapie	Insgesamt	weiblich
Krankengymnastische Übungsbehandlung	202	111
Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln	183	100
Operative Maßnahmen	160	93
Medikamentöse Behandlung	96	48

Daß in der Mehrzahl der Fälle mehrere Formen der Behandlung Anwendung fanden, ist aus obigen Zahlen ersichtlich. Sich auf nur eine Therapieform zu beschränken, wurde bei der Krankengymnastik lediglich in 9, bei medikamentöser Behandlung in 5 und bei der Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln in 4 Fällen versucht.

9) Vgl.: "Statistisches Jahrbuch für Bayern 75", herausgegeben vom Bayerischen Statistischen Landesamt, München, 1975, III. Gesundheitswesen.

An erster Stelle aller Therapiemaßnahmen steht somit die Krankengymnastik, die mit 84,9 % der Behinderten durchgeführt wurde. Diese Vorrangstellung hatte bereits K. B i e s a l s k i 1922 formuliert: "Mit der Übungstherapie steht und fällt jede Behandlung der spastischen Lähmung." 10) Dieser Forderung trug in den folgenden Jahrzehnten die stetige Weiterentwicklung der Krankengymnastik, von B i e s a l s k i über P h e l p s, T e m p l e - F a y , B o b a t h und andere, bis hin zur modernen neurophysiologischen Krankengymnastik, Rechnung. So ist es nicht verwunderlich, daß von den 36 Behinderten, die nie krankengymnastisch beübt wurden, 13 bereits älter als 30 Jahre sind, das sind 36,1 % der nicht Beübten, während der Anteil dieser Altersgruppe am Gesamtkollektiv lediglich 18,1 % beträgt.

Eine bedenkliche Schwachstelle der medizinischen Versorgung zeigt sich, wenn man die Wohnorte derer betrachtet, die nicht krankengymnastisch behandelt wurden. Es zeigt sich nämlich, daß 81 % aller nicht Beübten in den Landkreisen des Regierungsbezirks wohnen, nur 19 % jedoch in der Stadt München, während dieses Verhältnis im Gesamtkollektiv mit 53:47 Prozent nahezu ausgeglichen ist. Daraus ist zweifellos auf mangelnde krankengymnastische Therapiemöglichkeit in den Landkreisen des Regierungsbezirks zu schließen. Diesen Mangel zu werten überlasse ich K. B i e s a l s k i : "...und es kann dem Krüppel kein größeres Unrecht zugefügt werden, als wenn ihm nicht alle Segnungen der ärztlichen Heilkunst zuteil werden..." 11).

183 Behinderte benutzten im Verlauf der Behandlung einmal orthopädische Hilfsmittel, in 167 Fällen (91,7 %) wurde zusätzlich krankengymnastisch therapiert. 142 Befragte benutzten zum Zeitpunkt der Untersuchung orthopädische Hilfsmittel, wobei 65,5 % eines, 26,8 % zwei und 7,7 % drei verschiedene Geräte in Gebrauch hatten. Eine Aufgliederung der gebrauchten Hilfsmittel zeigt Tabelle 5.

10) Zitat nach K. Lindemann in: "Die infantilen Zerebralpareesen", K. Lindemann, Stuttgart, 1963, S. 49.

11) Zitat aus: K. Biesalski: "Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland", Hamburg und Leipzig 1909, S. 137.

Tabelle 5: Art der gebrauchten orthopädischen Hilfsmittel und ihre Beurteilung durch die Behinderten

Bezeichnung des orthopädischen Geräts	Anzahl (m+w)	davon spürten beim Gebrauch	
		Erleichterung	keine Erl.
Rollstuhl	65	56	9
Schienen	31	25	6
Gehstöcke	27	22	5
orthopädische Schuhe	26	22	4
Einlagen	20	17	3
Gehwagen	7	6	1
Sitz- bzw. Liegeschale	4	3	1
Absatzerhöhung	2	2	-
Dreirad bzw. Tretwagen	3	3	-
Korsett	1	1	-
Krücken	1	-	1
Keine Bezeichnung der Hilfsmittel	15	-	-

Inwieweit die orthopädischen Hilfsmittel funktionell befriedigend sind, ist am besten daraus abzuleiten, ob die Benutzung der Hilfsmittel den Behinderten Erleichterung verschafft. Das war bei den sechs meistgenannten Geräten zwischen 80,6 % (Schienen) und 86,2 % (Rollstuhl) der Fall. Ein höheres Ausmaß an Funktionsgerechtigkeit darf bei diesem vielschichtigen Krankheitsbild auch kaum erwartet werden.

Die Zahl von 160 Behinderten (67,2 %) die sich einer Operation unterzogen, ist ohne Zweifel viel zu hoch und keinesfalls repräsentativ, was durch das Verfahren zur Ermittlung der Adressen jedoch ausreichend erklärt ist.

Mit einer einmaligen Operation gab man sich in 69

Fällen zufrieden. Zweimal mußte bei 39,

dreimal bei 28,

viermal bei 13,

fünfmal und öfter bei 11

Behinderten operiert werden. In der hohen Zahl der Mehrfachoperationen

spiegelt sich deutlich die Problematik des operativen Eingriffs bei der spastischen Kontraktur wider. Die Art der durchgeführten Eingriffe war nur bei einem Teil der Betroffenen auszumachen. Die häufigsten Operationen zeigt Tabelle 6.

Tabelle 6: Operative Eingriffe bei infantilen Zerebralpareesen

Durchgeführte Operation	Zahl der Fälle	männl.	weibl.
Achillotenotomie	45	16	29
Adduktorentenotomie	16	8	8
Iliopsoas - Rectus Verbund	15	4	11
Verlagerung der Unterarmbeuger	12	9	3
Tibialis anterior Verpflanzung	6	2	4
Biceps femoris Verpflanzung	5	3	2
Subtalare Arthrodese	5	3	2

Die am häufigsten operierte Form des frühkindlichen Hirnschadens war die Diplegie, die in 84 % der Fälle operativ zu bessern versucht wurde, gefolgt von der Tetraplegie in 80 % und der Hemiplegie in 78 %. Mischformen wurden dagegen nur in 22 % und Athetosen in 17 % einer Operation zugeführt.

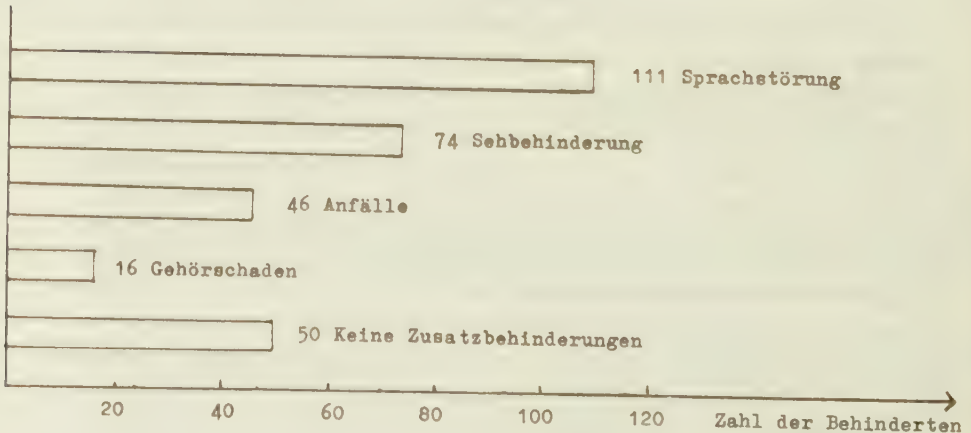
92 Behinderte versuchte man medikamentös zu therapieren. In 80 Fällen wurde gleichzeitig krankengymnastisch behandelt, so daß die Medikation als Therapieunterstützung angesehen werden kann. Zu einem nicht unerheblichen Teil dienten die Medikamente der Behandlung eines zusätzlichen Anfallsleidens. Demgemäß beträgt in der Gruppe der medikamentös Behandelten der Anteil der Zerebralparetiker mit Krampfleiden 36 %, während sie nur 19 % des Gesamtkollektivs ausmachen.

Z U S A T Z B E H I N D E R U N G E N

"Die Lebensprognose, insbesondere die soziale Prognose, ist in erster Linie davon abhängig, ob sich die Zerebralparese mit anderen zerebralen Störungen kombiniert, also keineswegs allein von Lokalisation und Intensität der motorischen Anomalie, von Defekten also, welche die Einsatzfähigkeit und die mitmenschlichen Beziehungen des Kindes in Mitleidenschaft ziehen können." 12)

Über die Häufigkeit der Zusatzbehinderungen bei der zerebralen Kinderlähmung existieren zahlreiche Angaben. C a r d w e l l gibt beispielsweise Häufigkeiten von 50-75 % für Sprachstörungen, etwa 50 % für Intelligenzdefekte und Sehstörungen, 35 % für Krampfleiden sowie 25 % für Gehörschäden an. 13) Die Zahl der Zusatzbehinderungen des hier beschriebenen Personenkreises demonstriert Abbildung 2.

Abbildung 2: Zusatzbehinderungen bei frühkindlich Hirngeschädigten Oberbayerns



12) H. Asperger in K. Lindemann: "Die infantilen Zerebralparesen", Stuttgart, 1963, S. 66.

13) Cardwell in "Cerebral Palsy", vgl. "Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte 1959", herausgegeben von der "Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge e.V.", Stuttgart 1959, S.123.

Klammert man die Zahl von 25 Behinderten aus, die über eine Zusatzbehinderung keine Auskunft gaben, ergeben sich für die einzelnen Zusatzbehinderungen folgende Häufigkeiten:

Sprachstörung	52,1 %
Sehbehinderung	34,7 %
Anfälle	21,6 %
Gehörschäden	7,5 %

Diese Zahlen liegen teilweise erheblich niedriger, als die von C a r d w e l l genannten. Diese Diskrepanz ist dadurch zu erklären, daß die vorliegenden Zusatzbehinderungen von den Spastikern selbst angegeben werden mußten. Dabei konnte durch Angaben aus dem Krankenblatt für jede Art einer Zusatzbehinderung mindestens ein Zerebralparetiker ausgemacht werden, der diese Behinderung auf Befragen nicht angab. Auffällig war die vor allem bei Vorliegen eines Anfalleidens, das in 3 Fällen verschwiegen wurde. Gute Übereinstimmung mit den Untersuchungen C a r d w e l l s zeigt jedoch die Abnahme der Häufigkeit von der Sprachstörung über Sehbehinderung und Anfälle zu den Gehörschäden.

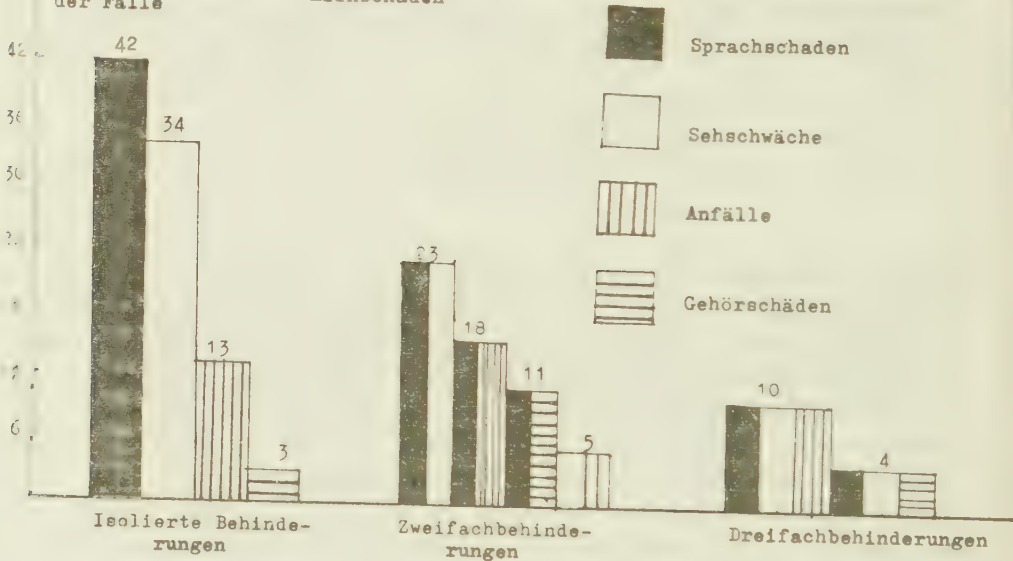
Auf die Frage nach eventuellen Intelligenzdefekten wurde im Fragebogen bewußt verzichtet, da diese Angaben nur in geringem Maße objektivierbar gewesen wären. So gaben auf die Frage nach einer zusätzlichen Behinderung, die nicht unter den oben genannten aufgeführt war, Eltern der Behinderten in 3 Fällen einen "geistigen Schaden" an, wogegen "Schmerzzustände" viermal genannt wurde. Daraus kann man auf eine nicht unbeträchtliche Dunkelziffer nicht motorischer Anomalien schließen. Vor allem Verhaltensstörungen wurden in keinem Fall angegeben, wurden aber in psychologischen Gutachten in den Krankenblättern des Spastikerzentrums allein sechsmal beschrieben. So gesehen dürfte sich auch die Zahl von 50 Zerebralparesen ohne zusätzliche Behinderung in Wirklichkeit nicht unwesentlich verringern.

Eine Behinderung der Sprache, des Sehens, des Gehörs oder ein Anfall-leiden lag nur in

- 43,2 % aller Fälle isoliert vor. In
- 26,8 % war eine Zusatzbehinderung mit einer weiteren, in
- 6,6 % mit zwei weiteren Zusatzbehinderungen kombiniert.

Eine Zusammenstellung der Kombinationen zusätzlicher Behinderungen zeigt Abbildung 3.

Abbildung 3: Kombination von Zusatzbehinderungen bei frühkindlichen Hirnschäden



Die graphische Darstellung zeigt nochmals in aller Deutlichkeit die dominierende Stellung der Sprachstörung innerhalb der Zusatzbehinderungen. Bei Doppelbehinderungen wurden lediglich 5 Fälle (Sehbehinderung/Anfälle) angegeben, die keine Sprachstörung aufwiesen. Eine Dreifachbehinderung ohne Sprachstörung konnte überhaupt nicht registriert werden.

Den Einfluß der Zusatzbehinderungen auf eine Berufstätigkeit zeigt Tabelle 7.

Tabelle 7: Vergleich des Anteils der Zusatzbehinderungen Berufstätiger und des gesamten Personenkreises

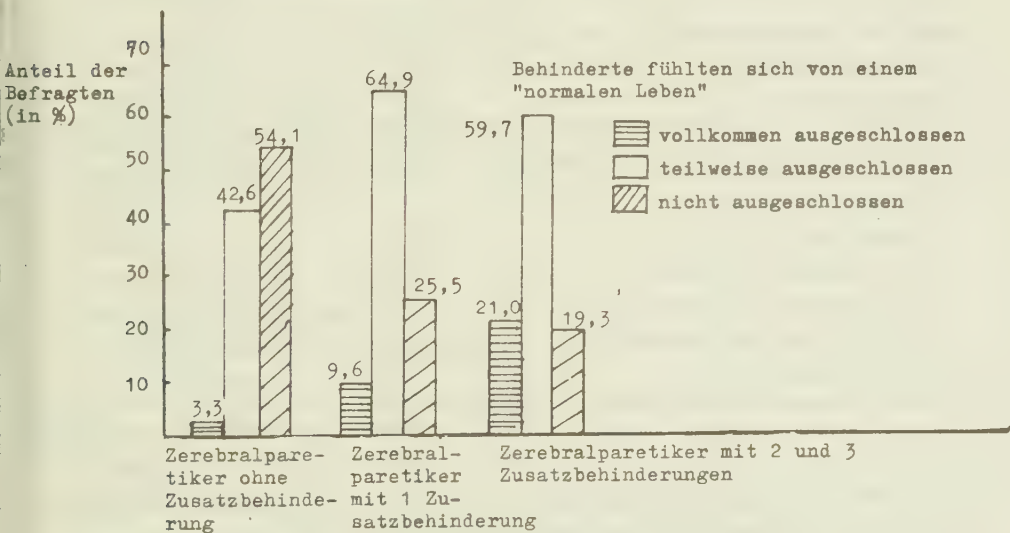
Zusatzbehinderungen	Prozentualer Anteil bei	
	Berufstätigen	allen Behinderten
Keine Zusatzbehinderung	34,5	29,2
1 Zusatzbehinderung	45,4	38,7
2 Zusatzbehinderungen	18,5	25,2
3 Zusatzbehinderungen	1,7	5,9

Besonderer Einfluß der Sprachstörung auf das Erreichen einer Berufstätigkeit zeigt sich im Verhältnis von Sprachgestörten zu Sprachunauffälligen, das bei den Berufstätigen 35:65, bei Erwerbslosen dagegen 60:40 beträgt.

Die Natur der Sprachbehinderung läßt verstehen, daß gerade diese den Kontakt des Spastikers und besonders des Athetotikers zur Umwelt beeinflußt. Der große Einfluß der gesunden Umwelt auf diese Beziehungen zeigt sich darin, daß Sprachbehinderte zu nahezu identischem Prozentsatz freundschaftliche Beziehungen zu Mitmenschen pflegen wie Sprachunauffällige (jeweils ca. 63 %), während diese das Verhalten der Mitmenschen in 48 %, Sprachbehinderte aber nur in 36 % mit "positiv" beurteilten.

Welch großen Einfluß eine Mehrfachbehinderung auf die Lebensqualität ausübt, zeigt in anschaulicher Weise Abbildung 4.

Abbildung 4: Einfluß der Zusatzbehinderung auf die Beurteilung der Lebensumstände



Dieser Zusammenhang zwingt geradezu zu dem eindringlichen Appell an behandelnde Ärzte, neben der Behandlung der motorischen Anomalie der Behandlung der Zusatzbehinderungen größte Aufmerksamkeit zu schenken. Denn kein Umstand, wie Abbildung 13 an späterer Stelle zeigt, wirkt auf die Lebensqualität der Behinderten so steigend wie das Fehlen einer Zusatzbehinderung.

P F L E G E B E D Ü R F T I G K E I T

Ein relativ guter Maßstab für die Schwere des frühkindlichen Hirnschadens, bei dem nicht nur die unterschiedliche Ausprägung eines gleichnamigen klinischen Erscheinungsbildes, sondern auch die Kombination mit anderen Gebrechen eine objektive Vergleichbarkeit des Krankenbildes sehr erschwert, ist das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit. Die Frage danach wurde, wie kaum eine andere, von den Betroffenen offenbar als heikel oder unangenehm empfunden, wie aus der großen Zahl derer zu ersehen ist, die eine Beantwortung dieser Frage ablehnten.

Tabelle 8: Pflegebedürftigkeit frühkindlich Hirngeschädigter

Angaben zur Pflegebedürftigkeit	Insgesamt	weiblich
Keine Angaben	36	19
Keine Pflegebedürftigkeit	106	58
Pflegebedürftigkeit	96	48
	<u>238</u>	<u>125</u>
Die Pflege wurde durchgeführt von:		
Familienangehörigen	81	36
Bekannten	2	1
ganztägiger Pflegerin	5	4
stundenweiser Pflegerin	1	1
Fürsorgerin/Gemeindeschwester	3	2
Heimpflegepersonal	2	2
Keine Angaben zur Ausführung der Pflege	2	2
	<u>96</u>	<u>48</u>

Die Anzahl der Behinderten, die auf fremde Hilfe angewiesen sind, ist mit 47,5 % erschreckend hoch. Der Grund dafür ist zu nicht geringem Anteil im falschen Mitleid der Angehörigen oder in der Ungeduld der Eltern wegen des langsamen Handelns der Behinderten zu suchen.

Bei persönlichen Besuchen konnte ich die Beobachtung machen, daß Eltern eine gewisse Pflegebedürftigkeit angaben, die, vor allem bei manchen männlichen Behinderten, nicht nötig gewesen wäre.

Wie belastend es für Behinderte ist, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein und wie wenig es Mitmenschen glückt, die Erwartung der Hilfsbedürftigen zu erfüllen, zeigt die Beurteilung der Mitmenschen durch Pflegebedürftige. Während frühkindlich Hirngeschädigte, die keine fremde Hilfe benötigen, das Verhalten ihrer Mitmenschen zu 58 % als positiv beschreiben, wird den Mitmenschen ein positives Verhalten nur von 44 % der Pflegebedürftigen zugestanden.

Den Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und klinischem Erscheinungsbild zeigt Tabelle 9.

Tabelle 9: Klinisches Erscheinungsbild der Pflegebedürftigen

Klinische Symptomatik	Insgesamt	weiblich
Tetraplegie	31	18
Hemiplegie	16	7
Diplegie	12	5
Athetosen	12	6
Triplegie	2	2
Sonstige Spastikformen	10	4
Spastisch-athetotische Mischformen	7	4
Sonstige Formen	6	2
	96	48

Entsprechend der schweren klinischen Symptomatik stellen die Tetraplegiker den größten Anteil der Pflegebedürftigen. 63,3 % der Behinderten mit Tetraplegie benötigen häusliche Pflege, bei Athetosen ist dies in 48, bei Mischformen in 43, bei Diplegien und Hemiplegien noch in 37 bzw. 20 % der Fall.

53 % der Pflegebedürftigen waren Rollstuhlbenützer, während dieses Hilfsmittel sonst nur von weniger als 10 % der Behinderten gebraucht wurde. Ohne orthopädisches Gerät kamen nur 25 % der Pflegebedürftigen aus, während dieser Anteil bei nicht auf Pflege angewiesenen immerhin 64 % betrug.

Während bei nicht berufstätigen Behinderten 64 % eine Pflegebedürftigkeit angaben, beträgt dieser Anteil bei Berufstätigen nur 23 %. Dieser Anteil ist immer noch relativ hoch, wobei aber anzumerken ist, daß etwa 80 % dieses Personenkreises in einer Behindertenwerkstatt beschäftigt sind.

Ä R Z T L I C H E B E T R E U U N G

Die Situation der medizinischen Betreuung zum Zeitpunkt der Untersuchung zeigt Tabelle 10.

<u>Tabelle 10: Medizinische Betreuung der frühkindlich Hirngeschädigten</u>		
Betreuung durch	Insgesamt	weiblich
Ohne medizinische Betreuung	66	34
Allgemeinarzt	98	47
Facharzt	30	18
Klinikambulanz	9	5
stationäre Klinikbetreuung	1	1
Heilpraktiker	5	3
Doppelbetreuungen:		
Allgemeinarzt und Facharzt	12	10
Allgemeinarzt und Klinikambulanz	5	2
Facharzt und Klinikambulanz	4	1
Allgemeinarzt und Heilpraktiker	2	1
Keine Angaben über medizinische Betreuung	6	3
	238	125

Erwartungsgemäß steht der Allgemeinarzt in der ärztlichen Betreuung frühkindlicher Hirnschäden an erster Stelle. In der fachärztlichen Betreuung liegt der Orthopäde vor dem Internisten und Neurologen an führender Stelle. Die häufige ambulante Klinikbetreuung resultiert aus der Art der Auswahl des befragten Personenkreises. Die Beobachtung, daß eine bestimmte Altersgruppe sich signifikant häufiger in ärztlicher Betreuung befindet, konnte bei entsprechenden Vergleichen nicht verifiziert werden.

SOZIALE VERHÄLTNISSE UND LEBENSBEDINGUNGEN

"Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens." 14) Diese einfachste Definition des Gesundheitsbegriffes durch die WHO rechtfertigt geradezu zwingend die Untersuchung sozialer und beruflicher Verhältnisse Behinderter mit infantiler Zerebralparese im Rahmen einer medizinischen Dissertation. Ärztliche Bemühungen, die das soziale Wohlbefinden eines Kranken, wie des frühkindlich Hirngeschädigten, außer acht lassen, sind demnach als unvollständig zu bezeichnen. In nicht geringem Ausmaß fällt dem behandelnden Arzt eines Zerebralparetikers die Funktion eines Beraters zu, der dem Kranken Möglichkeiten zur Erlangung individueller Leistungen und Vergünstigungen für Behinderte aufzuzeigen hat. Ärztliches Handeln muß bei der infantilen Zerebralparese über die alleinige medizinische Betreuung hinausgehen, muß sich treffen mit den Bemühungen der Eltern der Behinderten und der gesetzlichen Rehabilitationsträger, es muß dazu beitragen, die Lücken im System der Rehabilitation zu schließen.

Die Absicht, die sozialen Verhältnisse zu verbessern, darf sich jedoch nicht in der finanziellen Absicherung der Behinderten erschöpfen. So wird denn auch die "Bewußtseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel gegenseitigen Verständnisses und der Anerkennung des Behinderten als gleichwertigen Partner" als wichtiges Teilziel der Rehabilitation genannt 15). Während der Kriegsbeschädigte oder der Querschnittgelähmte weitgehend von der Öffentlichkeit als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft anerkannt wird, ist der Behinderte mit frühkindlichem Hirnschaden von dieser

14) Zitat nach M. Eder und P. Gedigk, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie, Berlin, Heidelberg, New York, 1975, S. XXV.

15) Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern, herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, München 1975, S. 1/4.

Anerkennung noch weit entfernt. Der Begriff "Spastiker" ist gerade im Münchner Raum zu einem leider oft zu hörenden Schimpfwort geworden. Es ist an der Zeit, durch Öffentlichkeitsarbeit in den Medien den Spastiker zu rehabilitieren, "er soll sich zu der Stellung wieder erheben, von welcher er herabgestiegen war, er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wiedergewinnen und mit ihm ein neues Leben", wie Franz Joseph Ritter von B u B 1844 erstmals mit dem Wort "rehabilitieren" das Ziel der Bemühungen um den Körperbehinderten beschrieb. 16)

Die Frage nach ihrem Familienstand beantworteten 228 der Befragten mit "ledig". 7 Behinderte waren verheiratet, davon waren 5 Frauen und 2 Männer. Zwei Frauen waren verwitwet, eine geschieden. Der Vergleich mit entsprechenden Zahlen der Bevölkerungsstatistik von 1974, die alle älter als 15-jährigen Personen berücksichtigt, ergibt folgendes Bild:

Tabelle 11: Familienstand frühkindlich Hirngeschädigter im Vergleich zur Bevölkerungsstatistik

Familienstand	Prozentualer Anteil bei: infantilen Zerebral- paresen		Normalbevölkerung (lt. Bevölkerungsstatistik von 1974)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Ledig	98,2	93,6	27,8	21,6
Verheiratet	1,8	4,0	66,6	58,0
Verwitwet	-	1,6	3,4	17,2
Geschieden	-	0,8	2,2	3,2
	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>

16) Zitat nach K. Lindemann in: Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, 1961, Stuttgart 1961, S. 132.

Auch wenn berücksichtigt werden muß, daß die Altersverteilung der untersuchten Zerebralparetiker stark zugunsten der jüngeren Jahrgänge verschoben ist, für die eine Eheschließung erst in den kommenden Jahren zu erwarten sein dürfte, so erscheint dennoch die Möglichkeit einer Eheschließung gegenüber der Gesamtbevölkerung erschwert. Auch im Vergleich zu anderen Behinderten scheinen frühkindlich Hirngeschädigte eher benachteiligt zu sein. Für Querschnittgelähmte wurden z.B. Zahlen von 36 % ledigen, 55 % verheirateten, 5 % verwitweten und 4 % geschiedenen Behinderten ermittelt. 17)

Dabei gingen immerhin mehr als 12 % eine Ehe erst nach Eintritt einer Querschnittslähmung ein. Die Geschlechtsverteilung der Verheirateten zeigte sich mit dem Verhältnis von 4:1 zugunsten männlicher Querschnittsgelähmter, genau der Verteilung bei Zerebralparese, wo es 1:4 betrug, entgegengesetzt. Darin spiegelt sich die Schwierigkeit männlicher Behinderten mit Zerebralparese, einen Ehepartner zu finden, deutlich wider.

Die Lebenssituation spastisch Gelähmter zeigt Tabelle 12:

Tabelle 12: Lebenssituation frühkindlich Hirngeschädigter		
Lebenssituation	insgesamt	weiblich
Bei den Eltern wohnen	187	89
Bei den Großeltern wohnen	1	-
In einem Heim wohnen	41	28
Alleinstehend wohnen	18	12
Zusammen mit Ehepartner wohnen	7	5
Zusammen mit künftigen Ehepartner	2	2
Keine Angaben	2	1
	258	137

Die Überzahl erklärt sich durch Doppelangaben von Heimbewohnern, die am Wochenende bei den Eltern leben (18, 10 w, 8 m) oder alleinstehend in einem Heim leben (2 w).

Wie in vielen Lebensbereichen zeigt sich auch in diesem Zusammenhang, daß weibliche Behinderte eher zu einer gewissen Selbständigkeit gelangen

17) Vgl. B. Menges: "Die soziale und berufliche Situation der Querschnittsgelähmten in Oberbayern", Dissertation, München, 1969.

als männliche. Während 88 % der männlichen Behinderten bei den Eltern wohnen, ist dies bei Frauen nur in 71 % der Fall. Doppelt soviel Frauen (12) als Männer (6) leben alleinstehend. In der Beobachtung, daß 22,4 % der weiblichen Behinderten in einem Heim leben, männliche demgegenüber nur in 11,5 %, kommt teilweise zum Ausdruck, daß Söhne bei Eltern, insbesondere bei der Mutter, eher eine Sonderstellung einnehmen als Töchter.

Da der größere Teil der Zerebralparetiker nicht zur Berufstätigkeit gebracht werden kann, ist ihre soziale Situation eng mit der des Elternhauses verknüpft. Es würde nicht nur den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wollte man die finanziellen Verhältnisse der Eltern Behinderter untersuchen. Die Bereitschaft der Eltern diese zu offenbaren ist denkbar gering, wie die Beantwortung der Fragen zur Wohnweise, die in gewisser Weise dieses "heikle" Thema am Rande tangieren, beweisen. Es ist deshalb nur möglich, den Beruf des sorgenden Elternteils anzugeben, soweit er aus den Angaben zum Krankenblatt hervorgeht.

Tabelle 13: Berufe des sorgenden Elternteils frühkindlich Hirngeschädigter

Angaben zum Beruf des sorgenden Elternteils	insgesamt	weiblich
<u>Sorgender Elternteil Vater:</u>	147	73
Renter	8	5
Arbeiter	22	12
Facharbeiter/Handwerker	36	18
Angestellter	23	12
Selbständiger	21	8
Landwirt	7	3
Beamter		9
freiberuflicher Akademiker	7	6
<u>Sorgender Elternteil Mutter:</u>		
Hausfrau	8	5
Rentnerin	1	1
Arbeiterin	2	1
Angestellte	5	-
Beamte	3	2
Selbständige	1	1
freiberufliche Akademikerin	1	-
<u>Keine Angaben über Beruf des sorgenden Elternteils:</u>	70	42
davon: Behinderter ist Selbstverdiener	33	18
verheiratet	2	2
berentet	4	3
	<u>238</u>	<u>125</u>

Vergleicht man die Erwerbstätigkeit der Eltern frühkindlich Hirngeschädigter mit dem Anteil, den ihre Berufsstellung nach Angaben des "Statistischen Jahrbuchs für Bayern 75" an der Gesamtbevölkerung ausmacht, so ergibt sich: Kinder Selbständiger und Beamter sind im untersuchten Personenkreis deutlich überrepräsentiert, während die Kinder von Arbeitern, Angestellten und Rentnern unterrepräsentiert sind. Dies ist im Fall der Kinder von Rentnern aufgrund der Altersverteilung des befragten Personenkreises verständlich. Arbeiter und Angestellte aber machten offensichtlich, stellt man den Auswahlmodus des Krankengutes in Rechnung, seltener von der Möglichkeit Gebrauch, ihre Kinder zu einer eventuellen Operation in der Klinik vorzustellen.

Einblick in die Struktur der Familien, in denen die frühkindlich Hirngeschädigten aufwuchsen, gibt Tabelle 14.

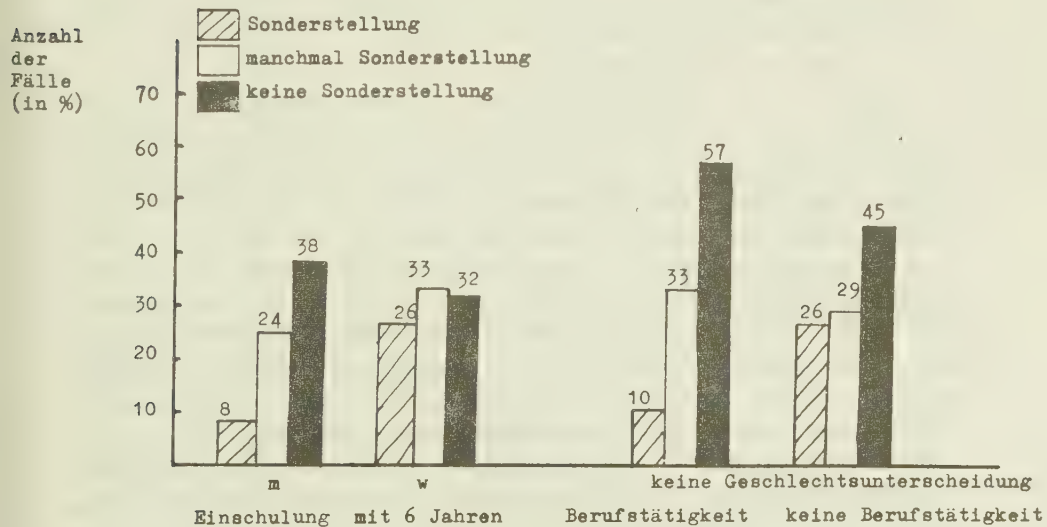
Tabelle 14: Struktur der Familien frühkindlich Hirngeschädigter		
Frühkindlich Hirngeschädigte wuchsen auf	Insgesamt	weiblich
in Familien als Einzelkind	54	26
" mit 2 Kindern	86	43
" " 3 Kindern	47	25
" " 4 Kindern	18	12
" " 5 Kindern	16	8
" " 6 Kindern	6	3
" " 7 Kindern	4	2
" " 8 Kindern	2	2
Keine Angaben über Kinderzahl	5	4
	<u>238</u>	<u>125</u>

Horizontaluntersuchungen ergaben keine Unterschiede zwischen Einzelkindern und Kindern aus Familien mit 2 und mehr Kindern, was eine spätere Berufstätigkeit oder freundschaftliche Beziehungen zu Mitmenschen betraf. Auch die Beobachtung, daß Einzelkinder häufiger eine Sonderstellung einnahmen, oder daß die Stellung in der Geschwisterreihe, etwa als letztgeborenes

"Nesthäkchen", zu einer Sonderstellung im Familiengefüge führte, konnte nicht gemacht werden. Lediglich das Verhalten der Mitmenschen wurde von Einzelkindern deutlich anders beurteilt, als von Kindern aus kinderreichen Familien. Männliche Einzelkinder beurteilten das Verhalten ihrer Mitmenschen nur zu 43 % positiv, Behinderte mit Geschwistern dagegen in 57 %. Bei weiblichen Behinderten ist geradezu das Gegenteil der Fall. Weibliche Einzelkinder bestätigten zu 67 % ihrer Umwelt eine positive Einstellung, Behinderte aus Familien mit mehreren Kindern dagegen nur zu 48 %. Vermutlich spielt auch hier eine innigere Mutter-Sohn Beziehung bei Einzelkindern eine Rolle.

Während man also einen Einfluß der Kinderzahl auf zahlreiche Bereiche des Lebens Behinderter weitgehend verneinen kann, muß man den Einfluß einer im Familiengefüge erlebten Sonderstellung eher bejahen. Den Einfluß einer Sonderstellung auf das Einschulungsalter sowie eine spätere Berufstätigkeit zeigt Abbildung 5.

Abbildung 5: Einfluß einer erlebten Sonderstellung auf Einschulungsalter und Berufstätigkeit



Wenn man bei der Bewertung einer Sonderstellung berücksichtigen muß, daß eine schwere Behinderung eher eine Sonderstellung nach sich zieht, sowie in gleichem Maße Einfluß auf Einschulungsalter und spätere Berufstätigkeit ausüben wird, so zeigt sich bei entsprechenden Vergleichen, daß die Schwere der Behinderung allein nicht dieses Ausmaß der Unterschiede erklärt. Gerade bei der Einschulung zeigt sich, bezeichnenderweise wieder besonders ausgeprägt bei Knaben, der Einfluß einer "Verhätschelung". In dem zeitlich später liegenden Bereich der Berufstätigkeit sind dementsprechend sowohl Geschlechtsunterschiede, als auch Unterschiede zwischen Sonderstellung und "normalem" Aufwachsen, deutlich geringer. Es zeigt sich leider oftmals, daß Eltern, ohne deren aktive Mitarbeit alle Förderungsmaßnahmen zum Scheitern verurteilt sind, mit der Erziehung ihres Kindes überfordert sind. "Hier fängt nur der erste Fehler in der Erziehung an: Man sieht nur noch das Spastische in dem Kind und glaubt von ihm nichts mehr fordern zu können. Dabei ist Erziehung ... immer Herausforderung. Das spastisch gelähmte Kind muß gerade mehr als das gesunde herausgefordert werden, denn es hat in seinem Leben einmal mehr Widerstände zu überwinden." 18)

Wie weitgehend sich frühkindlich Hirngeschädigte dieser Herausforderung stellen, inwieweit sie an einem Gemeinschaftsleben teilnehmen und sich dabei engagieren, veranschaulicht Tabelle 15.

Tabelle 15: Vereinszugehörigkeit und Vereinsarbeit spastisch Gelähmter		
Vereinsangehörigkeit	insgesamt	weiblich
Mitgliedschaft ohne aktive Mitarbeit	59	30
Mitgliedschaft und aktive Vereinsarbeit	32	15
Keine Vereinsangehörigkeit	126	68
Keine Angaben	21	12
	<u>238</u>	<u>125</u>

Wenn auch die meisten Behinderten Mitglieder in Vereinen sind, die sich speziell der Belange Behinderter annehmen, wie z.B. Behindertenarbeitskreise der Kirchen, VDK oder Versehrtensportvereine, so zeigt sich doch,

18) Matthiaß in: "W. Bläsig und E. Schomburg "Das zerebralparetische Kind. Auswertung von Interviews mit Eltern geschädigter Kinder", Stuttgart, 1968, S.42.

daß weite Bereiche des öffentlichen Lebens diesen Behinderten nicht verschlossen sind. Das gilt, wie obige Zahlen zeigen, gleichermaßen für männliche wie weibliche Behinderte. Wie wertvoll eine Vereinszugehörigkeit gerade für diese Menschen sein kann, zeigt sich darin, daß 82 % der Mitglieder eines Vereins Freundschaften pflegten, während dies bei Nichtmitgliedern nur in 70 % zutraf.

Als weiterer Maßstab für das Interesse frühkindlich Hirngeschädigter an den Geschehnissen in ihrer näheren und weiteren Umgebung darf ihr Informationsbedürfnis angesehen werden, über das Tabelle 16 Auskunft gibt.

Tabelle 16: Information über das Zeitgeschehen		
Informationsbedürfnis wird befriedigt durch	insgesamt	weiblich
Radio	161	80
Fernsehen	201	104
Illustrierte	89	45
Tageszeitungen	106	54
Information ohne Presseerzeugnisse	71	35
Kein Informationsbedürfnis	20	13
Keine Angaben zum Informationsbedürfnis	10	4

In den meisten Fällen lassen sich die Behinderten, wie die großen Zahlen zeigen, durch mehrere der genannten Medien informieren, wobei allein von 28 % alle Informationsmöglichkeiten genannt wurden. Daß diese Frage von einem Großteil mißverstanden wurde, liegt auf der Hand. Das Informationsbedürfnis dürfte viel näher bei dem Prozentsatz von 46 % der Behinderten liegen, die Tageszeitungen lesen, als bei 88 % Fernsehzuschauern, in denen sicher in großer Anteil von nur Unterhaltung suchenden enthalten ist. Dem entsprechend ist auch der Anteil Berufstätiger und Erwerbsloser annähernd gleich, was "Einschaltquoten" der elektronischen Medien betrifft, während der Anteil der berufstätigen Zeitungs- bzw. Illustriertenleser um 14 % bzw. 7 % höher ist, als der nicht berufstätiger Behinderter.

Neben den familiären Verhältnissen übt auch die nähere und weitere Umwelt des Behinderten direkten Einfluß auf seine sozialen Verhältnisse aus, nicht nur was Beschulungs- und Berufsmöglichkeiten, sondern auch was die wechselseitige Beziehung Behinderter - nicht behinderte Umwelt betrifft. Eine Übersicht der Verteilung der Spastiker auf Wohnorte verschiedener Größenordnungen vermittelt Tabelle 17.

Tabelle 17: Struktur der Wohnorte frühkindlich Hirngeschädigter

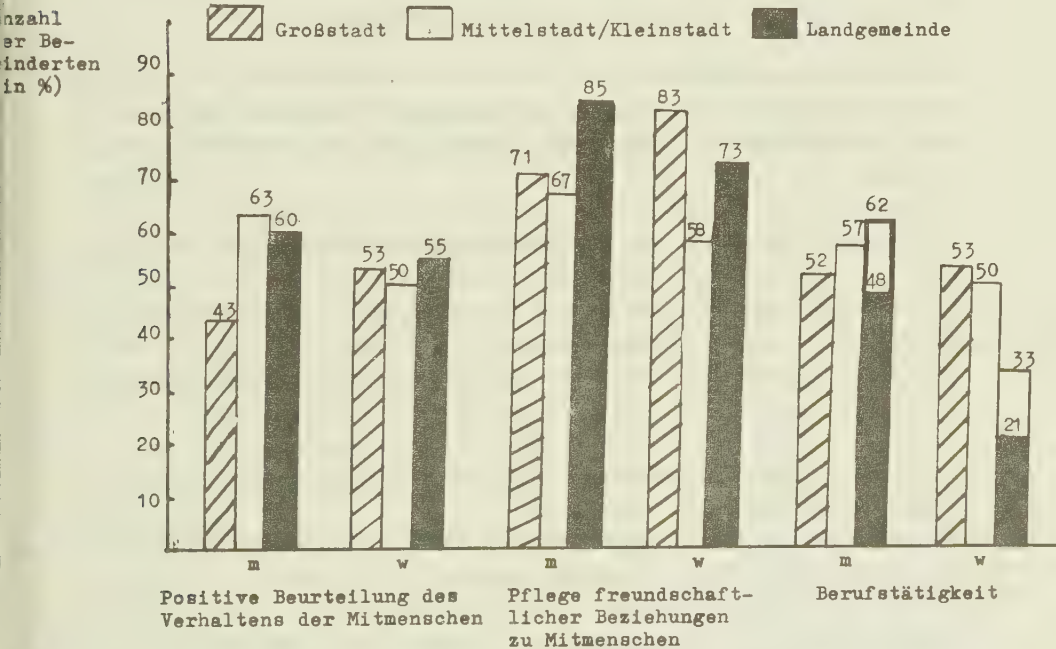
Von den Behinderten leben in einer	insgesamt	weiblich
Großstadt	112	62
Mittelstadt	12	7
Kleinstadt	29	13
Landgemeinde	85	43
	<u>238</u>	<u>125</u>

Großstadt bedeutet im vorliegenden Fall den Wohnsitz im Bereich der Landeshauptstadt. Während die Stadt München lediglich 36,8 % der Bevölkerung Oberbayerns stellt, beträgt der Anteil der Münchener am untersuchten Personenkreis 47,1 %, was weniger durch die Auswahl des Personenkreises, als durch größere Bereitschaft zur Beantwortung des Fragebogens bedingt ist. In bescheidenem Ausmaß mag auch die Entscheidung der Eltern, wegen des Gebrechens ihres Kindes nach München zu ziehen, wie ich es in zwei Fällen in Erfahrung bringen konnte, dazu beitragen. Die Tatsache, daß 38 von 112 Münchener Behinderten außerhalb der Stadt und des Landkreises Münchens geboren sind, könnte diese Vermutung stützen.

Die schulische Ausbildung, bewertet nach den erreichten Schulabschlüssen Behinderter, zeigt erstaunlicherweise keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen Großstadt, Mittel-/Kleinstadt und Landgemeinden. Lediglich die Zahl der Behinderten, die keinen Schulabschluß nachweisen können, liegt mit 42 % bei Landbewohnern gegenüber 34 bzw. 32 % bei Stadtbewohnern deutlich höher, was auf schlechtere Beschulungsmöglichkeiten durch Sonderschulen in Landgebieten schließen läßt. Dagegen zeigen sich in den Beziehungen zu Mitmenschen und im Erreichen einer Berufs-

tätigkeit deutliche Unterschiede, graphisch dargestellt in Abbildung 6, wobei ein Einfluß des Geschlechts unverkennbar ist.

Abbildung 6: Einfluß der Wohnortstruktur auf: Beurteilung des Verhaltens der Mitmenschen / Freundliche Beziehungen zu Mitmenschen / Erreichen einer Berufstätigkeit



Als 100 % liegt diesen Berechnungen jeweils die Zahl der Bewohner von Wohnorten entsprechender Größe zugrunde.

Es zeigt sich, daß das Leben in einer Landgemeinde sich fördernd auf freundschaftliche Beziehungen zu Mitmenschen auswirkt, während Kleinstadtatmosphäre diese Beziehungen eher zu belasten scheint. Auffallend ist auch die Tatsache, daß männliche Großstadtbewohner das Verhalten ihrer Mitmenschen signifikant seltener positiv erlebten, als weibliche Behinderte

oder männliche Behinderte in Kleinstädten und Landgemeinden.

Großen Einfluß zeigt die Struktur der Heimatgemeinde auf die Berufstätigkeit bei Frauen. Hier besteht ein eklatantes Gefälle von der Großstadt zur Landgemeinde. Lediglich 33 % der weiblichen Landbevölkerung, gegenüber 53 bzw. 50 % der Stadtbevölkerung, konnten eine Berufstätigkeit erreichen, eine Zahl, die sich sogar auf 21 % erniedrigt, wenn man Behinderte ausnimmt, die zur Ausbildung durch das Berufsbildungswerk in München sind.

Die Verkehrsmittelbenutzung durch Behinderte überschneidet sich weitgehend mit der Zahl der Behinderten, die in der Region München und somit im Erschließungsbereich des Münchener Verkehrs- und Tarifverbundes leben. So gaben

- 119 (davon 56 weibliche) Behinderte den Gebrauch öffentlicher Verkehrsmittel an,
- 105 (davon 64 weibliche) Behinderte benutzten keine öffentlichen Verkehrsmittel.
- 14 (davon 5 weibliche) Behinderte machten zur Verkehrsmittelbenutzung keine Angaben.

Die dabei in Anspruch genommenen Verkehrsmittel zeigt in der Reihenfolge ihrer Beliebtheit, Tabelle 18.

Tabelle 18: Von Zerebralparetikern benutzte öffentliche Verkehrsmittel

Verkehrsmittel	insgesamt	weiblich
Bus	90	41
S-Bahn	76	32
Straßenbahn	67	28
U-Bahn	63	25
DB	28	12

16 Behinderte (5 weibliche) benützten dabei alle 5 Beförderungsmöglichkeiten, 23 Behinderte (7 weibliche) nahmen das Verkehrsmittelangebot des MVV in Anspruch.

Diese Zahlen zeigen, daß männliche Spastiker signifikant häufiger öffentliche Verkehrsmittel, nicht nur auf den Wegen zur Schule oder Arbeitsplatz, in Anspruch nehmen. 61 % der männlichen Behinderten benutzten öffentliche Verkehrsmittel, während dies Frauen nur in 47 % taten. Dieser Anteil liegt nur knapp über dem von 44 % von Rollstuhlfahrern, die von öffentlichen Verkehrsmitteln, vorwiegend S-Bahn und U-Bahn mit ihren stufenlosen Zustiegsmöglichkeiten vom Bahnsteig aus, Gebrauch machten.

Für die gute Erschließung der Wohngebiete durch den öffentlichen Verkehr sprechen die Wegzeiten, die Behinderte zum Erreichen einer Haltestelle benötigen.

Tabelle 19: Wegzeiten frühkindlich Hirngeschädigter zur Haltestelle

Weg zur Haltestelle in Minuten	insgesamt	weiblich
bis zu fünf Minuten	59	27
fünf bis zehn Minuten	31	14
zehn bis zwanzig Minuten	16	9
mehr als zwanzig Minuten	8	3
keine Angaben	5	3
	<u>119</u>	<u>56</u>

In 76 % ist es Behinderten möglich, die Haltestellen in 10 Minuten zu erreichen. Lediglich in 7 % der Fälle war ein längerer Weg als 20 Minuten zum Erreichen der nächsten Haltestelle erforderlich, so daß man von einer Wohnlage sprechen kann, die den Anforderungen Behinderter nur schwer gerecht werden kann.

Die Probleme Behinderter haben in der Wohngestaltung im sozialen Wohnungsbau in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit gefunden. Die Forderungen, die eine sogenannte "behindertengerechte Wohnung", erfüllen muß, eine Wohnung, die den Ansprüchen schwerbehinderter Rollstuhlbenützer gerecht werden soll, sind seit 1974 in der DIN Norm 18025 vom Fachnormenausschuß Bauwesen festgelegt. Diese Wohnung, konzipiert für alleinstehende Behinderte und mit erheblichen Mehrkosten verbunden, wird für frühkindlich Hirngeschädigte, die größtenteils bei ihrer Familie leben, nur sehr selten in Frage kommen. In den meisten Fällen ist für Spastiker die sogenannte "behindertenfreundliche Wohnung" zu fordern, die den Bedürfnissen Gehbehinderter angepaßt ist. "Durch Beachtung einiger Mindestanforderungen, wie z.B. stufenlose Zugänge, gleitsichere Fußbodenbeläge und Mindestbreiten bei Türen, Aufzügen, Gängen und Sanitärräumen, die technisch vertretbar sind und keine unzumutbaren Baukosten verursachen, werden unnötige Hindernisse für Gehbehinderte und zeitweilige Rollstuhlbenützer vermieden". 19)

50.000 ständige oder zeitweilige Rollstuhlbenutzer in Bayern unterstreichen die große Nachfrage, die für diese Wohnungsart besteht. Die beabsichtigte Forderung von seiten des Gesetzgebers, 10 % aller im sozialen Wohnungsbau geförderten Wohnungen behindertenfreundlich zu bauen, trägt dieser Nachfrage Rechnung.

Die Befragung des dieser Arbeit zugrunde liegenden Personenkreises brachte folgendes zutage: Von den frühkindlich Hirngeschädigten lebten

- 74 (41 w) in einer Altbauwohnung
- 103 (52 w) in einer Neubauwohnung und
- 1 (1 w) in einer Notunterkunft.
- 60 (31 w) Behinderte machten zum Wohnungsalter keine Angaben.

19) Zitat aus: "Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern. Materialien zum 1. Bayerischen Landesplan für Behinderte", München, 1975, S.12/2.

Diese Angaben entsprechen weitgehend den Angaben des Bayerischen Statistischen Landesamtes, das 1972 für Altbauwohnungen 44,1 %, für nach 1948 errichtete Wohnungen 55,9 % des Baubestandes ermittelte.

Die Eigentumsverhältnisse der Wohnungen des befragten Personenkreises zeigt Tabelle 20.

Tabelle 20: Eigentumsverhältnisse der Wohnungen frühkindlich Hirngeschädigter

Eigentumsverhältnis der Wohnung	insgesamt	weiblich
Mietwohnung	89	51
Wohnung im Haus der Eltern	104	47
Wohnung im eigenen Haus	4	2
Eigentumswohnung	8	4
Wohnung im Haus Verwandter	4	2
Zimmer in einem Wohnheim	18	12
Zimmer zur Untermiete	1	1
Keine Angaben zum Eigentumsverhältnis	18	10
	<u>246</u>	<u>129</u>
Mehrangaben beruhen auf Doppelangaben durch Wohnheimbewohner		

Diese Angaben sind unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, daß 79 % der befragten Behinderten bei ihren Eltern wohnen. Dies kommt in der Angabe "Wohnung im Haus der Eltern" deutlich zum Ausdruck und ist bei der "Mietwohnung" und anderen Angaben in gleichem Maße in Rechnung zu stellen.

Der Vergleich mit Angaben aus dem "Statistischen Jahrbuch für Bayern 1975", das 42 % der Wohnungen im Jahre 1972 als Eigentümerwohnungen und 58 % als Mietwohnungen ausweist, zeigt eine deutliche Verschiebung zugunsten der Eigentümerwohnungen (51 %) gegenüber Mietwohnungen (49 %) beim befragten Personenkreis. Dies spricht, wie bereits die Berufsangaben der

Eltern vermuten lassen, für eine zum großen Teil gesicherte soziale Position der Eltern der frühkindlich Hirngeschädigten.

Großes Gewicht bei der Aussage über die Wohnungsqualität kommt den Angaben über Zimmerzahl und Wohnfläche zu, über die Tabelle 21 Auskunft gibt.

Tabelle 21: Zimmerzahl und Wohnfläche der Wohnungen frühkindlich Hirngeschädigter
(Zimmerzahl ohne Küche und Bad/WC,
Wohnfläche mit Küche und Bad/WC)

Anzahl der Zimmer	insgesamt	weiblich	Wohnfläche (m ²)	insgesamt	weibl.
1 Zimmer	43	24	20	28	13
2 Zimmer	23	14	21-45	16	10
3 Zimmer	54	31	46-60	25	14
4 Zimmer	23	12	61-75	29	15
5 Zimmer	8	3	76-90	31	16
6 Zimmer	7	3	91-120	22	13
7 und mehr Zimmer	4	3	mehr als 120	8	2
Keine Angaben	76	35	keine Angaben	79	42
	<u>238</u>	<u>125</u>		<u>238</u>	<u>125</u>

Auffallend ist in dieser Zusammenstellung, daß ein Drittel der Behinderten keine Angaben über Wohnfläche bzw. Zimmerzahl machen. Wäre dies bei der Wohnfläche durch Unwissenheit erklärbar, so zeigt die fast entsprechende Zahl derer, die keine Auskunft über die Zimmerzahl geben, daß diese Angaben ganz bewußt verweigert wurden. Dabei wird von Behinderten, bzw. deren Eltern, die in Eigentümerwohnungen leben, zu 76 % die Antwort verweigert, während dies bei Mietern nur zu 24 % der Fall war.

Die alleinige Angabe von Wohnfläche und Zimmerzahl gibt über die Wohnqualität nur unzureichend Auskunft, wenn sie nicht mit der Zahl der Bewohner in Relation gesehen wird. Dabei ist erkennbar, daß die Ein-Zimmer-

Wohnungen, von denen Zimmer in Wohnheimen den größten Teil stellen, den Anforderungen weitgehend genügen. Als unzureichend können anhand der Angaben lediglich 4 Wohnungen bezeichnet werden. In allen 4 Fällen wohnen dabei Behinderte mit drei und mehr jüngeren Geschwistern im Haushalt der Eltern, wobei die Wohnfläche 75 m^2 bei 2 bzw. 3 Zimmern nicht überschritt. Darunter befindet sich die Wohnung der einzigen Behinderten (23 Jahre), die mit Eltern und 3 jüngeren Geschwistern in einer nur 32 m^2 großen Notunterkunft lebt.

Große Bedeutung kommt, durch die in den meisten Fällen vorliegende Gehbehinderung bei frühkindlich Hirngeschädigten, der Lage der Wohnung und deren Erreichbarkeit mittels eines Aufzuges zu.

Tabelle 22: Wohnlage und Erschließung durch einen Personenaufzug

Wohnung befindet sich im	insgesamt	weibl.	ohne Aufzug		ohne Aufzug	
			insges.	weibl.	insges.	weibl.
Erdgeschoß	69	40	-	-	-	-
1. Stock	69	30	6	3	63	27
2. Stock	24	10	4	2	20	8
3. Stock	12	10	3	2	9	8
4. Stock	6	4	3	2	3	2
5. Stock und höher	10	7	10	7	-	-
Keine Angaben	48	24				
	<u>238</u>	<u>125</u>				

Die Erschwernis, die eine nicht parterre gelegende Wohnung für einen Körperbehinderten darstellt, ist offensichtlich. Besondere Abhängigkeit von der Existenz eines Personenaufzuges liegt dabei vor allem bei Rollstuhlfahrern vor. Im vorliegenden Personenkreis waren 17 Rollstuhlfahrer mit diesem Problem konfrontiert, die im ersten (14) bzw. zweiten (3) Stockwerk ohne Möglichkeit der Beförderung durch einen Aufzug wohnten. Keiner dieser Behinderten wohnte alleinstehend, Familienangehörige standen in allen

Fällen zur Hilfe zur Verfügung. Dennoch ist erstaunlich, daß 8 der Behinderten die Frage nach der Verbesserungsfähigkeit der Wohnung verneinten, lediglich 7 konnten sich konkrete Verbesserungen, ihre Wohnung betreffend, vorstellen.

Der Möglichkeit eines Aufenthalts im Freien kommt für Körperbehinderte ein hoher Stellenwert zu. Dem trägt die bereits erwähnte DIN Norm 18025 Rechnung, die für jede Wohnung einen Balkon, eine Loggia oder eine Terrasse mit gewissen Mindestabmessungen vorschreibt. Inwieweit diese Forderungen bei den befragten Spastikern erfüllt sind, zeigt Tabelle 23, die darüber hinaus über die Ausstattung der Wohnungen mit Bad bzw. Duschraum Auskunft gibt.

Tabelle 23: Ausstattung der Wohnungen der Zerebralapretiker

Zu den Wohnungen frühkindlich Hirngeschädigter gehörten:		
	insgesamt	weiblich
Bad	185	98
Balkon	119	62
Garten	78	45
Wohnungen ohne Bad	12	8
Wohnungen ohne Balkon oder Garten	36	21
Keine Angaben	41	19

Von 36 Behinderten, deren Wohnung keine Möglichkeit eines Aufenthaltes im Freien bot, waren 7 zumindest zeitweise auf einen Rollstuhl angewiesen, so daß zumindest in diesen Fällen die Wohnung als unzureichend klassifiziert werden muß.

Nach einer Erhebung des Bayerischen Statistischen Landesamtes waren 1972 12 % der Haushalte nicht mit einem Bad ausgerüstet. In den Haushalten der Behinderten betrug dieser Anteil nur 5 % (12 Fälle). In Anbetracht der Körperbehinderung, die, vor allem beim Vorliegen einer Athetose, ver-

mehrte Körperpflege erfordert, muß man diese Wohnungen als ungenügend ausgestattet bewerten. Elf dieser Wohnungen waren Altbauwohnungen, eine war eine Notunterkunft. In 10 Fällen handelte es sich um eine Mietswohnung, eine Wohnung war im Haus der Eltern; die Besitzverhältnisse der letzten Wohnung wurden nicht offengelegt. Sechs der Wohnungen waren in München, je drei in einer Kleinstadt bzw. Landgemeinde gelegen. Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang wiederum die Feststellung von fünf Behinderten, ihre Wohnung sei nicht verbesserungsfähig.

Etwas an Bedeutung hat bei der Frage nach den Wohnverhältnissen die Frage nach der Beheizung verloren. Keiner der Befragten wohnte in einer unbeheizten Wohnung.

- 135 (71 w) Wohnungen wurden zentral beheizt,
- 72 (41 w) durch Zimmeröfen,
- 31 (13 w) Behinderte machten über die Beheizung ihrer Wohnungen keine Angaben.

Wenn man nur die verwertbaren Angaben berücksichtigt, ergibt sich in 65,2 % eine zentral beheizte Wohnung, ein Anteil der deutlich höher liegt als der Anteil der ermittelten Neubauwohnungen. Bewohner der durch Zimmeröfen beheizten Wohnungen gaben zu nicht geringem Teil als Brennstoff Erdgas an, eine Heizart, die als wenig beschwerlich gelten kann, so daß die Beheizung der Wohnungen der Behinderten insgesamt als befriedigend zu bezeichnen ist.

Der frühkindliche Hirnschaden verursacht eine Vielfalt individueller Behinderungen, die an die Verbesserungsmöglichkeiten der Wohnung ebenso vielfältige individuelle Ansprüche stellen. Diese Verbesserungsfähigkeit zu objektivieren ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Die Verbesserungsfähigkeit ihrer Wohnungen spiegelt sich am besten in den Beurteilungen der Behinderten selbst wider:

- 39 (20 w) bejahten eine Verbesserungsfähigkeit eindeutig,
36 (20 w) hielten eine Verbesserung für möglich, während
117 (62 w) eine Verbesserung für unnötig hielten.
46 (23 w) Behinderte beantworteten diese Frage nicht.

In den 75 Fällen, in denen eine mögliche oder konkrete Verbesserungsfähigkeit der Wohnung bejaht wurde, findet vor allem die Zahl der 65 Rollstuhlfahrer ihren zahlenmäßigen Ausdruck. Die große Zahl derer, die eine Verbesserung für unnötig erachten, ist vorwiegend in dem Personenkreis zu suchen, deren Körper- und Gehbehinderung nicht so ausgeprägt ist, daß sie nicht ohne größere Schwierigkeiten in einer Normalwohnung zurechtkommen könnten. Bemerkenswert ist, daß Bewohner von Altbauten zu 69 %, Bewohner von Neubauten dagegen nur zu 54 % eine Verbesserung ihrer Wohnung für unnötig hielten. Darin kommt möglicherweise die bezüglich der Wohnfläche großzügigere Ausstattung von Altbauwohnungen zum Ausdruck.

Einem Großteil der frühkindlich Hirngeschädigten ist die Teilnahme am gesellschaftlichen, kulturellen oder sportlichen Geschehen erschwert oder sogar unmöglich. Für diesen Behindertenkreis ist die Ermöglichung der Teilnahme an diesen Lebensbereichen, die durch elektronische Medien wie Radio und Fernsehgerät oder andere Tonträger gewährleistet werden kann, Teilaufgabe der Rehabilitation. Inwieweit diese Teilnahme Behinderten möglich ist, zeigen die Tabellen 24 und 25, die über den Besitz dieser Geräte Auskunft geben, der in beschränktem Ausmaß Rückschlüsse auf die soziale Situation erlaubt.

Tabelle 24: Verfügbarkeit von elektronischen Geräten in den Haushalten frühkindlich Hirngeschädigter

Im Haushalt vorhandene Geräte	insgesamt	weiblich
Radio	196	101
Fernseher	163	87
Plattenspieler	127	63
Tonbandgerät	119	59
Stereoanlage	51	23
Keine Angaben zu diesem Komplex	24	13

Tabelle 25: Mehrfachbesitz elektronischer Geräte

Anzahl der Geräte im Haushalt	insgesamt	weiblich
Besitz aller 5 Geräte	36	17
Besitz von 4 Geräten	48	21
" " 3 "	55	38
" " 2 "	45	15
" " 1 Gerät	10	10
weder Radio noch TV	11	5

Wenn auch der hier angeführte Hausrat in den meisten Fällen nicht den Besitz, sondern lediglich die Verfügbarkeit im Behindertenhaushalt anzeigt, kann man dennoch die Versorgung mit diesen Kultur, Unterhaltung und nicht zuletzt Information vermittelnden Geräten als durchwegs befriedigend bezeichnen. Selbst die elf Behinderten, die nicht über TV oder Rundfunk verfügten, besaßen in allen Fällen wenigstens einen Plattenspieler oder ein Tonbandgerät, viermal sogar beides.

Von immenser Bedeutung für eingliedernde Maßnahmen oder die Berufsausbildung gehbehinderter Personen kann der Besitz eines Kraftfahrzeuges sein. Unter diesem Aspekt wurden 1973 von allen bedeutenden Rehabilitationsträgern Gesamtvereinbarungen nach § 5 Abs.6 des "Reha-Ausgleichsgesetzes" abgeschlossen, die unter bestimmten Voraussetzungen Kraftfahrzeughilfen für Behinderte vorsehen. Frühkindlich Hirngeschädigten, denen wegen Dyskinesien oder Krampfleiden eine Fahrerlaubnis nicht erteilt werden kann, kann dennoch die Kraftfahrzeughilfe zuerkannt werden, wenn gewährleistet ist, daß ein Dritter für sie das Kfz führt. Angaben zum Kfz-Besitz sind aus Tabelle 26 zu ersehen.

Tabelle 26: Kfz-Besitz frühkindlich Hirngeschädigter

Angabe über Kfz-Besitz	insges.	weiblich	davon Ausstattung mit orthopädischen Hilfsmitteln	
			insges.	weiblich
Kein Kfz-Besitz	193	106	-	-
Personenkraftwagen	20	9	6	3
Moped	1	-	-	-
Keine Angaben über Kfz-Besitz	14	10		
	<u>238</u>	<u>125</u>		

In 5 Fällen (4 m, 1 w) befand sich das Auto zwar im Besitz der Behinderten, wurde jedoch von einer dritten Person geführt. Dies läßt auf eine Inanspruchnahme der Kraftfahrzeughilfe schließen, zumindest jedoch auf eine steuerliche Vergünstigung durch die Registrierung des Behinderten als Fahrzeughalter. Alle männlichen Kfz-Besitzer waren berufstätig, ebenfalls 8 der 9 weiblichen Behinderten. Von fast allen wurde das Kfz zum Erreichen des Arbeitsplatzes benötigt, was die Berechtigung einer Kraftfahrzeughilfe durch die Rehabilitationsträger unterstreicht.

Das angestrebte Ziel aller Rehabilitationsmaßnahmen ist das Erreichen der Selbständigkeit der Behinderten. Neben dem oft nicht zu erreichenden Ziel einer Berufstätigkeit soll der Behinderte in der Lage sein, seine persönlichen Angelegenheiten zu erledigen, wozu unter anderem die Führung seines Haushalts gehört. Wie die große Zahl der Spastiker vermuten läßt, die bei ihren Eltern leben, ist eine selbständige Haushaltsführung nur in den wenigsten Fällen gegeben. Von den befragten Behinderten gaben lediglich

- 20 (18 w) eine vollkommen selbständige,
- 22 (12 w) eine teilweise selbständige Haushaltsführung an.
- 162 (79 w) Behinderte brauchten keine Haushaltsführung zu übernehmen,
- 34 (16 w) beantworteten die Frage nach der Haushaltsführung nicht.

238 (125 w)

Nur zwei Frauen unter den 20 Behinderten, die völlig selbständig ihren Haushalt führten, waren nicht berufstätig.

Von diesen 20 Behinderten lebten

- 7 (1 m) alleinstehend,
- 5 (1 m) zusammen mit ihrem Ehepartner,
- 3 in einem Wohnheim,
- 2 bei ihrem zukünftigen Ehepartner und
- 2 bei ihren Eltern.
- 1 Behinderte legte ihre Lebenssituation nicht dar.

Nur 7 (5 w) Behinderte beschäftigten stundenweise eine Hausgehilfin. In den anderen Fällen, in denen der Haushalt von Spastikern nur zum Teil selbst geführt wurde, wurde die Haushaltsführung durch Familienangehörige, vor allem von Müttern, besorgt. In der wesentlich höheren Zahl weiblicher Behinderter, die ihren Beitrag zur Haushaltsführung leisteten, zeigt sich erneut die größere Selbständigkeit von Frauen, die schon in der Zahl alleinstehender Behinderter zum Ausdruck kam.

Für viele Vergünstigungen, die der Gesetzgeber für Behinderte geschaffen hat, genügt die versorgungs- oder amtsärztliche Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Manche Leistungen sind jedoch an dem Besitz eines Ausweises gebunden, dessen Beantragung, wie die Erfahrung zeigt, nicht selten aus Unwissenheit unterbleibt. Den Anstoß zur Antragsstellung könnte in vielen Fällen der Arzt geben, der das Wohl des Behinderten über die medizinische Betreuung hinaus im Auge hat. Über den Besitz eines Schwerbehindertenausweises und dessen Gebrauch durch frühkindlich Hirngeschädigte gibt Tabelle 27 Auskunft, wobei die Art des amtlichen Ausweises keine Berücksichtigung findet.

Tabelle 27: Besitz und Gebrauch eines Schwerbehindertenausweises.

Angaben über Ausweisbesitz und -gebrauch	insgesamt	weiblich
Kein Ausweisbesitz	49	28
Ausweis beantragt	5	3
Besitz und Gebrauch eines Ausweises	138	67
Besitz ohne Gebrauch	35	20
Keine Angabe über Ausweisbesitz	11	7
	<u>238</u>	<u>125</u>

Erfreulicherweise sind immerhin 72,7 % der Behinderten im Besitz eines Ausweises, ein hoher Anteil, wenn man in Rechnung stellt, daß in manchen Fällen die Schwere der Behinderung den Besitz eines Ausweises nicht rechtfertigt. Immerhin 79,8 % der Ausweisinhaber nahmen Vergünstigungen wahr, die ihnen durch den Besitz des Ausweises offenstanden. Es zeigte sich, daß Berufstätige in über 80 % einen Ausweis besaßen und auch nutzten, während dies bei nicht berufstätigen Behinderten in weniger als 70 % der Fälle zutraf. Ebenso waren Behinderte, die in ärztlicher Betreuung standen, deutlich häufiger im Besitz eines Ausweises; dabei war nicht erkennbar, daß eine eher schwere Behinderung den Besitz eines Ausweises nach sich zog. Daraus kann gefolgert werden, daß nicht so sehr die Schwere der Behinderung zum Antrag auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises führte, als vielmehr die Anregung von ärztlicher Seite.

Wie der Antrag auf die Ausstellung eines Ausweises, ist auch sein Gebrauch weitgehend der persönlichen Initiative des Behinderten überlassen. Während

- 35 (20 w) Behinderte von ihrem Ausweis keinen Gebrauch machten, nahmen
- 63 (33 w) bei immer gleichem Anlaß,
- 68 (30 w) bei mehreren Anlässen eine Vergünstigung in Anspruch.
- 7 (4 w) Behinderte gaben nicht an, bei welchen Anlässen sie den Ausweis benutzen konnten.

Die Anlässe, bei denen frühkindlich Hirngeschädigte Vergünstigungen aufgrund ihres Ausweises erlangen konnten, zeigt Tabelle 28.

Tabelle 28: Anlässe zum Gebrauch des Schwerbehindertenausweises durch frühkindlich Hirngeschädigte

Anlaß zum Vorweisen des Ausweises	insgesamt	weiblich
Verkehrsmittelbenützung	110	51
Kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzert, Kino)	26	13
Sonstige Veranstaltungen (Sportveranstaltungen u.ä.)	32	9
Besuch fester Einrichtungen (Bäder, Museen, Tierpark)	14	8
Erlangung von Steuer- und Versicherungsvorteilen	7	4
Behördenbesuche	4	1

Erwartungsgemäß wird bei der Beförderung durch öffentliche Verkehrsmittel am häufigsten vom Ausweis Gebrauch gemacht, während er zur Erlangung von Steuer- oder Versicherungsvorteilen nur selten eingesetzt wird.

Die Häufigkeit, in der Behinderte bei den verschiedensten Veranstaltungen, in denen das Einräumen einer Vergünstigung im Ermessen des Veranstalters steht, von ihrem Ausweis Gebrauch machen konnten, ist erfreulich. Dieses Angebot auszubauen, Behinderten auf diese Weise den Weg zu sonst verschlossenen Bereichen des Gesellschaftslebens zu ebnen, muß ein wichtiges Anliegen der Rehabilitation sein, das nur durch intensive Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden kann.

SCHULISCHE AUSBILDUNG

Die schulische Ausbildung bildet für Behinderte wie Gesunde den Grundstock zu einer späteren beruflichen Tätigkeit. Nur die Minderheit der frühkindlich Hirngeschädigten kann ohne größere Schwierigkeiten einen normalen schulischen Weg beschreiten. Der größere Teil ist auf eine Schulausbildung an Sonderschulen angewiesen. Hier zeigt sich nun, wie wenig das Sonderschulwesen der Eigenart der infantilen Zerebralparese gerecht wird: "Mehrfach behinderte Kinder sind derzeit in die Sonderschule aufzunehmen, in der nach dem Schweregrad der Behinderung die beste Betreuung und Förderung erwartet werden kann. Der Grundsatz, daß Kinder nach dem Schwerpunkt ihrer Behinderung schulisch betreut werden, hat sich in den letzten Jahren als nicht ausreichend erwiesen. Es wurden daher Sonderschulen geschaffen, die sich ausschließlich auf Mehrfachbehinderte einstellen; auch in Zukunft wird der Betreuung der Mehrfachbehinderten besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein." 20)

Diese Erkenntnis kommt für viele der hier befragten Behinderten - leider - zu spät. In den Materialien zum 1. Bayerischen Landesplan für Behinderte verzichtet das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung auf eine Angabe über Beschulungsmöglichkeiten für Mehrfachbehinderte, eine Zahlenangabe dieser Sonderschulen ist demzufolge an dieser Stelle nicht möglich.

Spastiker, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung Auskunft zu ihrer Schulausbildung erteilten, geben über ihre Einschulung folgendes zu Protokoll:

- 20) Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern, herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, München, 1975, S. 8/1.

Tabelle 29: Schularten bei der Ersteinschulung frühkindlich Hirngeschädigter

Schultyp bei der Ersteinschulung	insgesamt	weiblich
Keine Einschulung	14	7
Sondervolksschule für Körperbehinderte	74	46
Sondervolksschule für geistig Behinderte	18	7
Sondervolksschule für Lernbehinderte	11	5
Sonderschule für geistig und körperlich Behinderte	4	-
Hörgestörtenschule	1	-
Landestaubstummenanstalt	1	1
Blindenhilfsschule	1	1
Hausunterricht	5	2
Volksschule	108	54
Keine Angaben zur Einschulung	1	-
	<u>238</u>	<u>125</u>

Bereits die große Anzahl genannter Schultypen zeigt, wie schwierig es für die Verantwortlichen ist, die richtige Entscheidung bei der Einschulung des spastischen Kindes zu treffen. Mit Sicherheit kann man davon ausgehen, daß für ein Großteil der 74 Kinder, die in eine Sondervolksschule für Körperbehinderte eingeschult wurden, durch eine zusätzliche geistige Behinderung diese Beschulungsart nicht die Idealösung darstellte. Die Misere des unzureichenden Schulangebots spiegelt sich in aller Deutlichkeit in der Zahl von lediglich 4 Spastikern wider, die in eine Schule für geistig und körperlich Behinderte eingeschult wurden. Der Anteil von nur 45,4 % von Spastikern, die zur Einschulung in eine Volksschule befähigt waren, unterstreicht in eindrucksvoller Weise die Notwendigkeit des Ausbaus des Sonderschulwesens unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes der infantilen Zerebralparese.

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung für den frühkindlich Hirngeschädigten ist der Zeitpunkt der Einschulung. Es liegt auf der Hand, daß das Erleben der Klassengemeinschaft, das wesentlich zur Entwicklung jedes Kindes beiträgt, für einen Behinderten, der noch dazu altersmäßig nicht zu seinen Mitschülern paßt, erheblich erschwert ist. W. B l a e s i g sagt dazu: "Jede Zurückstellung und jede Späteinschulung gereicht dem Zerebral-Gestörten zum Schaden." 21)

Das Einschulungsalter der frühkindlich Hirngeschädigten Oberbayerns zeigt Tabelle 30.

Tabelle 30: Alter frühkindlich Hirngeschädigter Oberbayerns bei der Einschulung

Alter bei der Ersteinschulung	insgesamt	weiblich
Keine Einschulung	14	7
Einschulungsalter: 6 Jahre	67	38
" 7 Jahre	97	52
" 8 Jahre	33	14
" älter als 8 Jahre	22	12
Keine Angabe über Einschulungsalter	5	2
	<u>238</u>	<u>125</u>

Die Zahl der Spastiker, die zum normalen Zeitpunkt mit dem Schulbesuch begannen, ist mit 67 (28,2 %) bedauerlich niedrig. Mit 23,1 % liegt der Anteil der Kinder, die erst mit 8 Jahren oder noch später eingeschult wurden, nur knapp darunter. Wiederum ist die Beobachtung zu machen, daß Knaben "geschont" werden, also noch später eingeschult werden als Mädchen. Natürlich darf im Ausmaß der Behinderung das Hauptmotiv für Zurückstellungen oder Verzicht auf Einschulung gesehen werden, wie der hohe Anteil von 10 Tetraplegikern unter den nicht eingeschulten Behinderten zeigt. Dafür spricht auch die Tatsache, daß 6jährige zu 76%, 7jährige noch zu 53 % in Volksschulen eingeschult werden konnten, während dies

21) W. Blaesig in "Die infantilen Zerebralpareesen", K. Lindemann, Stuttgart, 1963, S. 292.

bei 8jährigen und älteren nur noch in 18 % der Fälle möglich war.

Es ist unter Umständen denkbar, daß die Entscheidung der Eltern, ihr Kind später einzuschulen und somit ein Jahr zu verschenken, sich auf die Qualität der Schulausbildung ihres Kindes negativ auswirkt: 40,3 % der 6jährig Eingeschulten können einen Volksschulabschluß aufweisen, 48,8 % beträgt dieser Anteil bei Behinderten, die mit 7 Jahren eingeschult wurden. Jedoch liegt der Anteil der Behinderten, die einen Schulabschluß nachweisen können, der die mittlere Reife einschließt, bei 6jährig Eingeschulten mit 32,8 % fast doppelt so hoch, wie der von 16,5 % bei Behinderten, die 7jährig mit dem Schulbesuch begannen. Wie wichtig gerade für einen Körperbehinderten eine fundierte schulische Ausbildung ist, hat E x n e r 1969 formuliert: "Je mehr die physische Behinderung körperliche Leistungen einschränkt, desto mehr muß eine Tätigkeit auf geistigem Gebiet angestrebt werden." 22) Inwieweit frühkindlich Hirngeschädigte durch den Besuch weiterführender Schulen dieser Forderung Rechnung trugen, zeigt Tabelle 31.

Tabelle 31 : Besuch weiterführender Schulen durch frühkindlich Hirngeschädigte

Schulform und Abschluß		insgesamt	weiblich
Berufsaufbauschule:	ohne Abschluß	1	1
	Fachschulreife	1	-
Handelsschule:	Mittlere Reife	10	4
Realschule:	ohne Abschluß (Volksschulabschluß)	1	-
	noch kein Abschluß	2	-
	Mittlere Reife	14	9
Gymnasium:	Schulabgang mit Mittlerer Reife	1	1
	Ziel Abitur, bisher Mittlere Reife	3	2
	Abitur	4	1
Fachoberschule:	Fachabitur	3	1
	Fachhochschulabschluß	2	1
		<u>42</u>	<u>20</u>

22) Zitat nach H. v. Bracken in: "Spastisch gelähmte Kinder", Stuttgart, 1971, S. 81.

Über die Art der Schulabschlüsse frühkindlich Hirngeschädigter insgesamt informiert Tabelle 32.

Tabelle 32: Schulabschlüsse frühkindlich Hirngeschädigter Oberbayerns

Schulabschluß	insgesamt	weiblich
Kein Schulabschluß	45	24
Noch Schulbesuch	12	7
Sonderschulabschluß	53	27
Volksschulabschluß	83	45
Fachschulreife	1	-
Mittlere Reife	28	16
Fachabitur	3	1
Abitur	4	1
Fachhochschulabschluß	2	1
Keine Angaben über Schulabschluß	7	3
	<u>238</u>	<u>125</u>

Der Anteil von 34,9 % der frühkindlich Hirngeschädigten mit Volksschulabschluß, ganz zu schweigen vom Anteil 15,5 % der Spastiker, die einen Schulabschluß mit mittlerer Reife oder Abitur aufweisen, gibt die wahren Verhältnisse sicher verzerrt wider. Im Widerspruch zu diesen Zahlen steht die Feststellung W. B l a e s i g's, "daß nur etwa 25 % aller hirngeschädigten Kinder normal begabt sind, und nur weitere 25 % dem Bildungsgang einer Hilfsschule zu folgen vermögen. Fast die Hälfte der Kinder wächst geistig nicht über die frühe Kindheit hinaus." 23) Die Diskrepanz zwischen Zahlenangaben B l a e s i g's und den hier beschriebenen dürfte wohl auf die erhöhte Bereitschaft und auch Fähigkeit schulisch besser ausgebildeter Zerebralparetiker zurückzuführen sein.

23) W. Blaesig in K. Lindemann: "Die infantilen Zerebralparesen", Stuttgart, 1963, S. 197.

den zugesandten Fragebogen zu beantworten.

Beträchtlichen Einfluß übt auf die schulische Bildungsfähigkeit und den damit erreichbaren Schulabschluß das Ausmaß der zerebralen Schädigung aus, wie in den Abbildungen 7 und 8 deutlich zum Ausdruck kommt. Dabei finden in den Abbildungen nur die zahlenmäßig stärksten klinischen Gruppen Berücksichtigung.

Abbildung 7: Besuch weiterführender Schulen in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik des frühkindlichen Hirnschadens

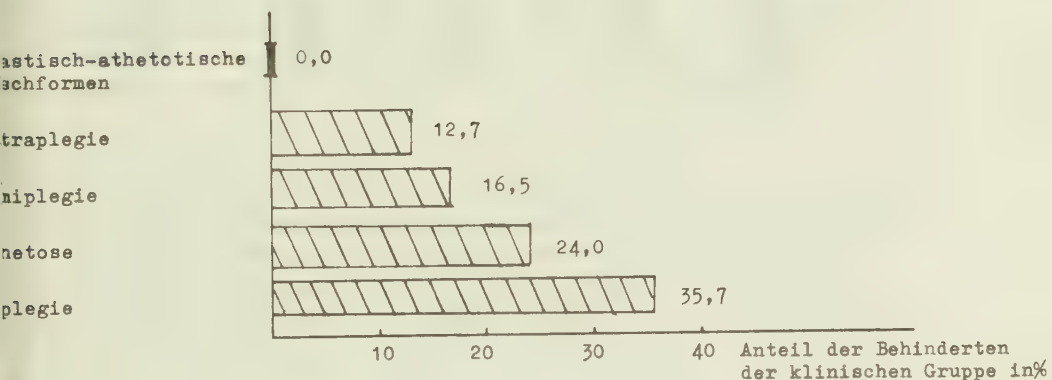
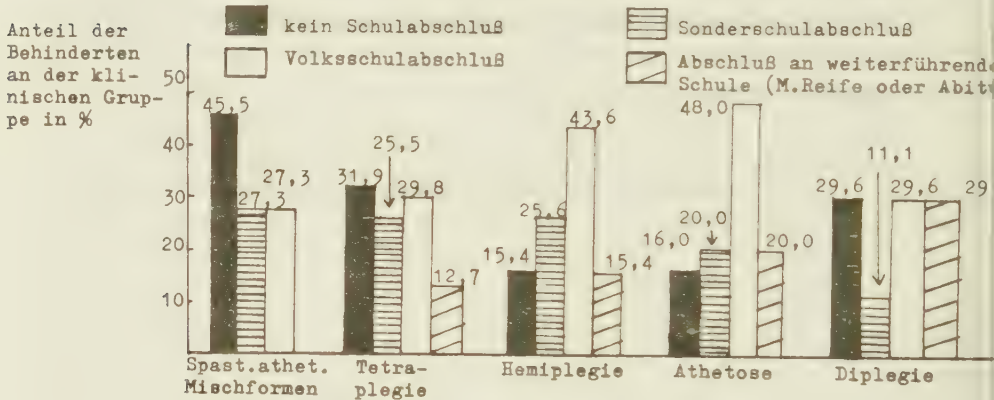


Abbildung 8: Schulabschlüsse frühkindlich Hirngeschädigter in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik der Zerebralparese



Die spastisch-athetotischen Mischformen weisen unter den frühkindlich Hirngeschädigten die niedrigsten Schulabschlüsse auf. Fast die Hälfte konnte nicht einmal eine Sonderschule bis zum Abschluß bringen, kein Behinderter dieser Gruppe war in der Lage, eine weiterführende Schule zu besuchen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Tetraplegikern, von denen fast 60 % keinen Volksschulabschluß erreichen konnten. Behinderte mit Hemiplegie und Athetotiker konnten zu etwa 60 % den Abschluß einer Volksschule oder weiterführenden Schule nachweisen. Die besten schulischen Abschlüsse erzielten ohne Zweifel Behinderte mit Diplegie. Die große Anzahl von ihnen, die keinen Schulabschluß aufweisen, ist dadurch begründet, daß mehrere Diplegiker zum Zeitpunkt der Untersuchung noch die Schule besuchten, wie der Vergleich von 35,7 % Besuchern einer weiterführenden Schule (Abbildung 7) mit 29,6 % Absolventen einer höheren Lehranstalt zeigt. Mit 11 % ist der Anteil der Behinderten, bei denen man sich mit einem Sonderschulabschluß begnügen mußte, innerhalb der 5 verglichenen klinischen Gruppen der deutlich niedrigste.

Wie wichtig der qualifizierte Schulabschluß für den Behinderten ist, zeigt sich, wenn man die Berufstätigkeit der Befragten im Zusammenhang mit deren Schulabschluß betrachtet. Eine Berufstätigkeit konnten von den Behinderten

ohne Schulabschluß	24 %,
mit Sonderschulabschluß	41 %,
mit Volksschulabschluß	77 %,
mit Mittlerer Reife	72 %

erreichen. Von den Abiturienten war noch keiner berufstätig, wohl aber beide Behinderte, die ihre Fachhochschulstudien bereits abgeschlossen hatten. Wenn auch der größere Teil der Behinderten ohne oder mit Sonderschulabschluß lediglich in eine Berufstätigkeit in Behindertenwerkstätten vermittelt werden konnten, zeigt doch der prozentuale Unterschied in der Berufstätigkeit zwischen diesen Gruppen, wie erstrebenswert der Sonderschulabschluß sein sollte. Bedauerlicherweise zeigt sich, während bei Abschlüssen an Volks- oder weiterführenden Schulen kein Stadt-Land Gefälle zu beobachten ist, daß Bewohner von Landgemeinden signifikant häufiger keinen Schulabschluß und seltener einen Sonderschulabschluß aufweisen, als dies bei Stadtbewohnern der Fall ist. Dieses Gefälle dürfte in Wirklichkeit noch stärker ausgeprägt sein, wenn man in Betracht zieht, daß Bewohner von Landgemeinden und Kinder von Landwirten in dieser Statistik eher unterrepräsentiert sind.

BERUFLICHE VERHÄLTNISSE

Bei der Suche nach einem Arbeitsplatz ist der Behinderte wie jeder andere den Anforderungen und Verhältnissen des Arbeitsmarktes unterworfen. In einer Zeit, in der die politischen Verantwortlichen allmonatlich vergebens auf einen erfreulicheren Bericht der Bundesanstalt für Arbeit hoffen, was die Zahl der Arbeitslosen betrifft, ist die Erlangung eines Arbeitsplatzes für Behinderte zusätzlich erschwert. Die besorgniserregende Erscheinung der Jugendarbeitslosigkeit wirkt sich noch verschärfend auf viele der in dieser Arbeit befragten Behinderten aus, die zum großen Teil den jüngeren Geburtsjahrgängen angehören.

Vom Bund wurde das "Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz - SchwbG)" erlassen, das diesem Personenkreis Hilfe zuteil werden lassen soll. Das Schwerbehindertengesetz, das am 1. Mai 1974 in Kraft trat, verpflichtet Arbeitgeber mit 16 und mehr Arbeitsplätzen zum Beitrag zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit und Beruf. Demzufolge hat der Arbeitgeber auf wenigstens 6 % der Arbeitsplätze Schwerbehinderte zu beschäftigen oder für einen unbesetzten Pflichtplatz eine monatliche Ausgleichsabgabe von DM 100,- zu zahlen. Das primäre Ziel dieses Gesetzes, nämlich die Bereitstellung von Arbeitsplätzen, konnte, wie die Erfahrung zeigt, nur unzulänglich erreicht werden. Durch Einstellung eines entsprechend hoch in der Erwerbsfähigkeit geminderten Behinderten -bbereits durch einen Schwerbehinderten mit einer MdF um weniger als 50 v.H., mindestens aber 30 v.H. kann ein Pflichtplatz besetzt werden - können bis zu 4 Pflichtplätze als besetzt angerechnet werden. Zudem verzichten die meisten Betriebe auf die Einstellung eines Behinderten und nehmen lieber die Zahlung der Ausgleichsabgabe in Kauf. Dieses rein an der Wirtschaftlichkeit orientierte Verhalten praktiziert nicht nur die Privatwirtschaft, sondern selbst der Staat. "Der Freistaat Bayern muß jährlich sechs Millionen Mark an Ausgleichsabgabe zahlen, weil

in seinen Diensten nicht der gesetzlich vorgeschriebene Anteil von sechs Prozent der Stellen mit Schwerbehinderten besetzt ist." 24)
"Nahezu 5.000 Pflichtplätze für Behinderte bleiben nach einem Bericht der Regierung allein im Bereich der staatlichen Verwaltung unbesetzt. Rechne man noch die freien Plätze der Kommunen und sonstigen Körperschaften hinzu, so steige diese Negativbilanz noch erheblich,..." 24)

Aus diesen Meldungen ist ersichtlich, daß das primäre Ziel, die Bereitstellung von Arbeitsplätzen für Behinderte, durch die Verpflichtung zur Zahlung von Ausgleichsabgaben nicht erreichbar ist. Aus Mitteln der Ausgleichsabgabe nach dem SchwbG wird Arbeitgebern ein finanzieller Zuschuß bei Einstellung Schwerbehinderter gewährt. Im Rahmen eines Sonderprogrammes des Bundes und der Länder, das am 2. Januar 1978 in Kraft trat, können Arbeitgeber Zuschüsse von 6.000 bis 18.000 DM erhalten, wenn sie im Laufe des Jahres 1978 Arbeits- oder Ausbildungsplätze für bestimmte Gruppen von Schwerbehinderten zur Verfügung stellen. Es läßt sich leicht errechnen, daß somit, durch die Nichtbesetzung von 5 bis 15 Schwerbehindertenarbeitsplätzen, die Bereitstellung eines einzigen Arbeitsplatzes durch einen Arbeitgeber finanziert wird. Selbst unter Berücksichtigung der Verbesserung des individuellen Kündigungsschutzes durch das SchwbG und der Beschränkung des Zuschusses auf das Jahr der Einstellung, muß die Effizienz des Schwerbehindertengesetzes auf die Arbeitsplatzsituation Schwerbehinderter bezweifelt werden.

Für die Behinderung durch einen frühkindlichen Hirnschaden ist durch das SchwbG nur wenig an Hilfe bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes zu erwarten. Durch die häufige Mehrfachbehinderung sind Zerebralparetiker nur selten dazu fähig, typische "Behindertenberufe" vollwertig auszufüllen, wie z.B. der zum gewohnten Anblick gewordene armamputierte Pfortner, und gleichzeitig den Arbeitgeber von der Zahlung der Ausgleichsabgabe zu befreien. In vielen Fällen ist der Zerebralparetiker in seiner Berufsausübung deshalb an eine Behindertenwerkstätte gebunden, wie in der Tabelle 33 auch zum Ausdruck kommt.

- 24) Zitate aus Meldungen der Süddeutschen Zeitung vom 19./20.3.1977 "Staat zahlt Millionen, anstatt Behinderte einzustellen", und vom 9.11.1977 "Staat kauft sich frei. 5.000 Plätze für Schwerbehinderte unbesetzt."

Tabelle 33: Aussagen oberbayerischer Spastiker zur Berufstätigkeit		
Angaben zur Berufstätigkeit	insgesamt	weiblich
Keine Angaben zur Berufstätigkeit	2	1
Keine Berufserfahrung	15	67
Behinderte mit Berufserfahrung	121	57
	<u>238</u>	<u>125</u>
Nähere Angaben zur Situation der Berufserfahrenen:		
Aufgegebene Berufstätigkeit wegen: <u>Berentung</u>	2	2
<u>Heirat</u>	1	1
<u>Weiterbildung</u>	1	1
Arbeitslos zum Zeitpunkt der Befragung:		
<u>nach Abbruch der Ausbildung</u>	2	2
<u>nach beendeter Ausbildung nie Arbeitsplatz gefunden</u>	2	-
<u>nach eigener Kündigung</u>	3	2
<u>nach Kündigung durch Arbeitgeber</u>	2	-
<u>ohne Angabe der kündigenden Seite</u>	2	1
Gekündigtes Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt der Befragung	2	-
Ungekündigtes Arbeitsverhältnis	53	27
Freischaffende Tätigkeit	1	-
Arbeit in Behindertenwerkstätte	25	8
In Ausbildung nach AFG: <u>Förderungslehrgang</u>	2	2
<u>Eingliederungsmaßnahmen</u>	6	2
<u>Ausbildung</u>	12	5
Keine näheren Angaben zur Berufstätigkeit	4	4
	<u>121</u>	<u>57</u>

121 Behinderte (50,8 %) waren einmal oder sind berufstätig. Lediglich 53 von ihnen (22,3 %) standen in einem festen und ungekündigten Arbeitsverhältnis, 25 (10,5 %) fanden lediglich einen Arbeitsplatz in einer Behindertenwerkstatt. Von 20 Behinderten, die durch das Arbeitsamt nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) gefördert werden, befinden sich 12 (5 % aller Berufserfahrenen) in der Ausbildung. Das Problem der Vermittlung eines Arbeitsplatzes auf dem freien Arbeitsmarkt stellt sich dieser Personengruppe somit erst nach abgeschlossener Ausbildung.

Erschütternd hoch ist die Zahl der arbeitslosen Zerebralparetiker. 12 frühkindlich Hirngeschädigte, das sind 9,9 % der Berufserfahrenen, waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. Dieser Prozentsatz erhöht sich auf 11,6 %, wenn man die zwei Behinderten einbezieht, die in gekündigtem Arbeitsverhältnis standen. Das Tragische an dieser Situation ist die Tatsache, daß 6 Behinderte, also die Hälfte, die durch das SchwbG im Genuß eines verbesserten individuellen Kündigungsschutzes waren, von sich aus das Ausbildungsverhältnis abgebrochen, bzw. von sich aus ihr Arbeitsverhältnis gekündigt hatten.

Diese Zahlen zeigen, daß die Feststellungen mancher mit der Ausbildung von Spastikern befaßter, "daß wenigstens 60 % der Zerebralgeschädigten für eine berufliche Ausbildung oder für ein Tätigwerden befähigt sind," 25) wohl zu optimistisch sind. Auch wenn im vorliegenden Personenkreis noch von einigen Schulbesuchern das Erreichen einer beruflichen Tätigkeit erwartet werden kann, sind solche Aussagen, gerade in der augenblicklichen Arbeitsmarktsituation, mit Zurückhaltung zu beurteilen. Dies gilt umso mehr, als bei der Frage nach der Schulbildung für den hier vorliegenden Personenkreis eher überdurchschnittliche Schulabschlüsse festgestellt werden konnten.

Ob das Rehabilitationsziel einer beruflichen Tätigkeit erreicht werden kann, wird von mehreren Faktoren beeinflußt.

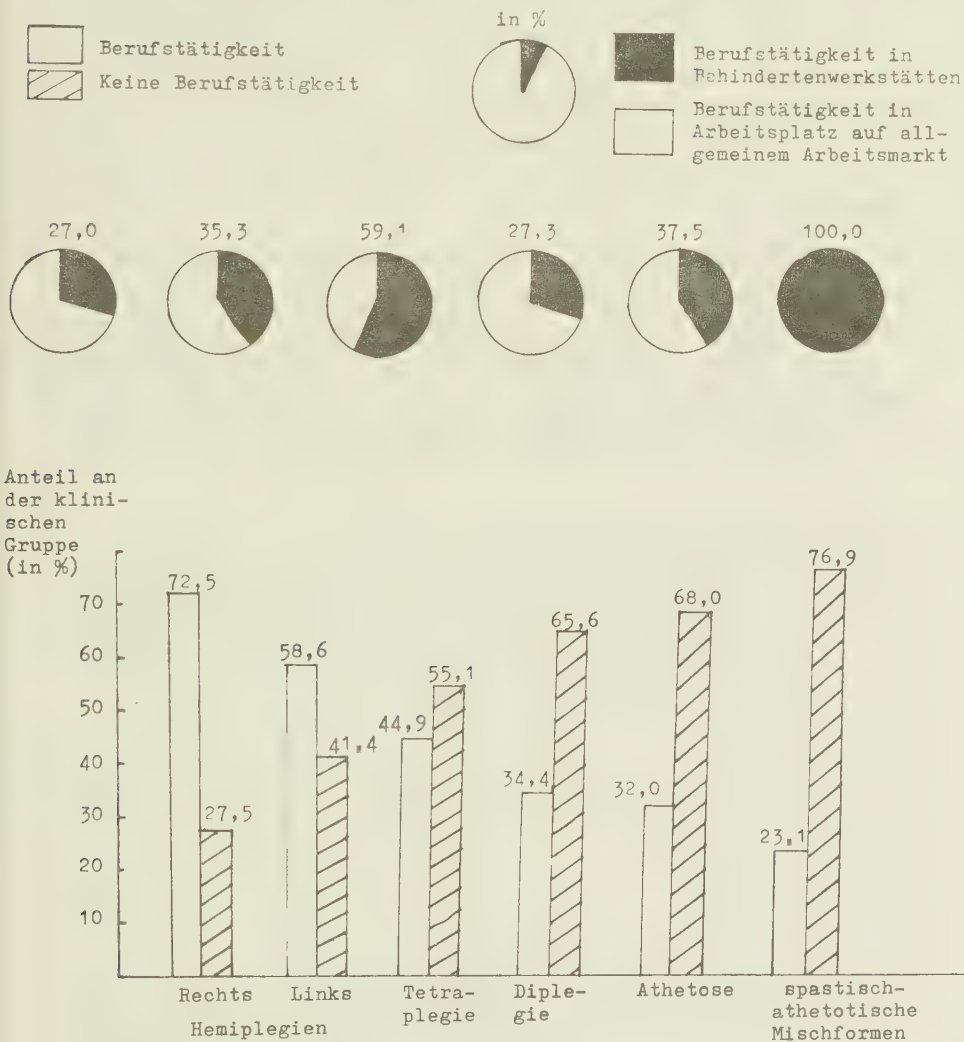
Bereits die geschlechtgetrennte Aufzählung der Berufstätigen offenbart die besseren Aussichten männlicher Behinderter, einen Arbeitsplatz zu erlangen. 56,6 % der männlichen konnten gegenüber 45,6 % der weiblichen Behinderten eine Beschäftigung erreichen. Eine Erklärung dafür bietet, daß traditionell weibliche Berufe, wie z.B. der Verkauf, Zerebralparetikern großenteils verschlossen bleiben. Gerade im Einzelhandel aber findet in

25) W. Dicke in K. Lindemann: "Die infantilen Zerebralparesen", Stuttgart, 1963, S. 311.

der Bundesrepublik jeder fünfte, von den weiblichen Lernlingen sogar jeder vierte seinen Ausbildungsplatz. Dies trägt auch zur Erhellung der bereits beschriebenen Beobachtung bei, daß in kleineren Gemeinden, wo industrielle Arbeitsplätze kaum zur Verfügung stehen, die beruflichen Aussichten weiblicher Spastiker pessimistischer beurteilt werden müssen als die männlicher Behinderter.

Des weiteren zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den klinischen Erscheinungsformen der infantilen Zerebralparese, was den jeweiligen Anteil der Berufstätigen betrifft. Dieser Zusammenhang wird für die häufigsten klinischen Erscheinungsformen in Abbildung 9 dargestellt, wobei auch der Anteil der in Behindertenwerkstätten beschäftigten Berufstätigen berücksichtigt wird.

Abbildung 9: Anteil berufstätiger Behinderter innerhalb der häufigsten klinischen Erscheinungsformen der infantilen Zerebralparese.



Diese Zusammenstellung zeigt deutlich, daß lediglich Halbseitengelähmte in der Mehrzahl in der Lage waren, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Dabei war auch ein signifikanter Unterschied zwischen rechts- und linksseitiger Hemiplegie unverkennbar. Die Tatsache, daß die Diplegie hinter der Tetraplegie rangiert, ist wiederum darauf zurückzuführen, daß sich mehrere Behinderte mit Diplegie noch in der Schulbildung befanden. Der doppelt so hohe Anteil Behinderter mit Diplegie, die im Gegensatz zu Tetraplegikern einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen konnten, unterstützt diese Behauptung. Die schlechtesten Erfolge hatten, wie schon bei den Schulabschlüssen, Behinderte mit spastisch-athetotischen Mischformen aufzuweisen.

Über das klinische Erscheinungsbild hinaus beeinflusst eine Mehrfachbehinderung die Berufsprognose entscheidend. Dieser Zusammenhang wurde bereits in Tabelle 8 dargestellt. In gleichem Ausmaß wird verständlicherweise auch eine Pflegebedürftigkeit einer Berufstätigkeit hindernd entgegenstehen. 26 (10 w) Behinderte, die eine, in manchen Fällen allerdings ungläubwürdige, Pflegebedürftigkeit angaben, konnten demzufolge auch nur in Behindertenwerkstätten eine Beschäftigung finden.

Für das Ausmaß der geistigen Leistungsschwäche, die bei der Aufzählung der Zusatzbehinderungen nicht berücksichtigt wurde, stellen die erzielten Schulabschlüsse einen relativ brauchbaren Indikator dar, die ihrerseits in gleichem Ausmaß für eine spätere Berufstätigkeit entscheidend sein können. Einen Vergleich der Schulabschlüsse berufstätiger und nicht berufstätiger Zerebralparetiker zieht Tabelle 34.

Tabelle 34: Schulabschlüsse berufstätiger und nicht berufstätiger Zerebralparetiker (Anteil innerhalb beider Gruppen in %)		
Formen des Schulabschlusses	Nicht Berufstätige	Berufstätige
Kein Schulabschluß	37,8 %	9,2 %
Sonderschulabschluß	34,4 %	18,5 %
Volksschulabschluß	21,1 %	53,8 %
Mittlere Reife und höherer Abschluß	6,7 %	18,5 %
	<u>100,0 %</u>	<u>100,0 %</u>

Es ist klar ersichtlich, daß mit zunehmender schulischer Qualifikation die Chancen für eine Berufsergreifung steigen. Genauso deutlich zeigt sich jedoch, daß ein Schulabschluß für sich allein keine Rückschlüsse auf ein berufliches Tätigwerden erlaubt, wie die Zahl von mehr als 50 % der Erwerbslosen zeigt, die einen Sonderschul- oder Volksschulabschluß erbringen konnten.

In noch größerem Ausmaß als für den Gesunden, ist eine eingehende Berufsberatung für den Behinderten von entscheidender Bedeutung. Für einen großen Teil der Behinderten ist die Zahl der ausübbaren Berufe von vorneherein eingeschränkt. Eine umfassende Information über die Berufsmöglichkeiten ist vor der Berufsentscheidung somit unerläßlich. Demzufolge nahm die Zahl der behinderten Ratsuchenden auch überdurchschnittlich zu, eine Steigerung um 14,5 % im Berichtsjahr 1975/76 registrierten die Arbeitsämter gegenüber dem Vorjahr. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, daß 71.300 Behinderte in der Bundesrepublik im Berichtsjahr 1975/76 den Berufsberater aufsuchten, wobei Lernbehinderte und Körperbehinderte zusammen mehr als zwei Drittel der Ratsuchenden ausmachten. 26)

In welchem Ausmaß die frühkindlich Hirngeschädigten im hier vorliegenden Personenkreis eine Berufsberatung in Anspruch nahmen, inwieweit sie ausgeprägte Berufsvorstellungen hatten und inwieweit diese Vorstellungen realisierbar waren, geht aus Tabelle 35 hervor.

26) Vgl.: "Berufsberatung 1975/76. Ergebnisse der Berufsberatungsstatistik". Herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, 1977, S. 12.

Tabelle 35: Teilnahme frühkindlich Hirngeschädigter an der Berufsberatung

Angaben zur Berufsberatung	insgesamt	weiblich
Teilnahme an Berufsberatung	67	30
Keine Teilnahme an Berufsberatung	35	15
Keine Angaben zur Berufsberatung	19	12
	<u>121</u>	<u>57</u>
Von den Beratenen hatten		
einen ausgeprägten Berufswunsch	53	25
keinen speziellen Berufswunsch	12	4
keine Angaben über Berufswunsch	2	1
	<u>67</u>	<u>30</u>
Der Berufswunsch konnte		
erfüllt werden	19	7
nicht erfüllt werden	30	15
keine Angaben über Erfüllung	4	3
	<u>53</u>	<u>25</u>

Zusammenfassend kann gesagt werden: 67 (55,4 %) berufstätige Behinderte suchten vor Ergreifung ihres Berufs einen Berufsberater auf. 53 (79,1 %) Ratsuchende kamen mit einem vorgeprägten Berufswunsch zur Beratung, der lediglich in 19 (35,8 %) der Fälle realisiert werden konnte. Man kann davon ausgehen, daß die Berufswünsche eines großen Teils der Behinderten, die später in Behindertenwerkstätten eine Arbeit aufnahmen, aufgrund mangelnder Ausbildungsfähigkeit von vorneherein unrealistisch waren. Daß 48,1 % der Behinderten, die nicht ihren Wunschberuf ergreifen konnten, mit ihrem später ausgeübten Beruf zufrieden waren, stellt der Berufsberatung ein gutes Zeugnis aus. Die Tatsache,

daß von den Behinderten, die ihren Wunschberuf ergreifen konnten, immerhin 77,3 % mit ihrem Beruf zufrieden waren, spricht dafür, die Vorstellungen behinderter Ratsuchender so weitgehend wie möglich zu berücksichtigen. Dies gilt umso mehr, als Kurzschlußhandlungen wie Kündigungen und Ausbildungsabbrüche durch zerebralphoretische Behinderte unbedingt verhindert werden sollten.

Von vielen zerebral Gelähmten kann im Rahmen der Berufsberatung die Eignung zu einem bestimmten Beruf nicht ohne weiteres festgestellt werden. Als eine sinnvolle Maßnahme kann man in diesen Fällen die Vermittlung in eine berufsvorbereitende Maßnahme, in eine Arbeitserprobung ansehen. Nach einer Information der Bundesanstalt für Arbeit mündete die Beratung von 18.000 Behinderten (27,8 % der ratsuchenden Behinderten 1975/76) in die Teilnahme an berufsvorbereitenden Maßnahmen. 26) Diese Gruppe, die berufsvorbereitende Maßnahmen begann, war damit die größte Gruppe unter den beratenen Behinderten. In welchem Ausmaß die im Rahmen dieser Arbeit befragten Behinderten an einer Arbeitserprobung teilgenommen haben, geht aus Tabelle 36 hervor, die zusätzlich die Ergebnisse der Arbeitserprobung aufzeigt.

Tabelle 36: Teilnahme und Ergebnisse der Teilnahme an einer Arbeitserprobung von frühkindlich Hirngeschädigten Oberbayerns

Angaben zur Arbeitserprobung	insgesamt	weiblich
Teilnahme:		
Teilnahme an einer Arbeitserprobung	51	27
Keine Teilnahme an Arbeitserprobung	52	19
Keine Angaben	18	11
	<u>121</u>	<u>57</u>
Ergebnisse:		
Berufsfindung durch Arbeitserprobung	20	5
Keine Berufsfindung durch Arbeitserprobung	18	13
Noch keine Entscheidung über Berufsfindung	7	5
Keine Angaben	6	4
	<u>51</u>	<u>27</u>

Das Ergebnis der Arbeitserprobung, die in 39,3 % zum Ergreifen eines Berufs führte, in 35,3 % dieses Ziel nicht erreichte, kann guten Gewissens als Beweis für die Richtigkeit berufsfördernder Maßnahmen auf dem Weg zur beruflichen Rehabilitation Behinderter bezeichnet werden. Dabei zeigt sich jedoch ein gravierender Unterschied hinsichtlich des Geschlechts. Während männliche Behinderte in 48,5 % über den Weg berufsfördernder Maßnahmen zu ihrem Beruf fanden, lag der Erfolg bei Mädchen mit 18,5 % ganz erheblich unter diesem Wert. Daraus muß gefolgert werden, daß die berufsfördernden Maßnahmen solche Berufe, die auch für Frauen geeignet sind, bisher zu wenig berücksichtigten.

Daß dem frühkindlich Hirngeschädigten prinzipiell kein Beruf verschlossen zu sein braucht, mehr noch, daß diese Behinderung geradezu nach einer individuellen Berufsentscheidung verlangt, kommt bei der Aufzählung der Berufe der oberbayerischen Spastiker in Tabelle 37 zum Ausdruck.

Tabelle 37: Berufe der frühkindlich Hirngeschädigten Oberbayerns			
Berufe weibl. Behinderter	Anzahl	Berufe mann. Behinderter	Anzahl
Keine Angaben zur Berufsbezeichnung	15	Keine Angaben zur Berufsbezeichnung	10
Behindertenwerkstätten: Ohne Angabe der Berufsbezeichnung	8	Behindertenwerkstätten: Ohne Berufsbezeichnung	12
Arbeiterinnen:		Anlernberuf Metallverarbeitung	2
Maschinenarbeiterin	2	Maler	1
Papierverarbeiterin	1	Schreiner	1
Prüferin	1	Arbeiter:	
Lagerarbeiterin	1	Bote	4
Auszeichnerin	1	Lagerarbeiter	2
Bürobotin	1	Gewerblicher Arbeiter	1
Handwerksberufe:		Hilfsarbeiter	1
Schneiderin	1	Facharbeiter und Handwerker:	
Wäscheschneiderin	1	Buchbinder	2
		Feinmechaniker	2
		Nachrichtengerätemechaniker	2
		Feingeräteelektroniker	2
		Modellbauer	1
		Zweiradmechaniker	1
		Siebdrucker	1

Berufe weiblicher Behinderter	Anzahl	Berufe männlicher Behinderter	Anzahl
Angestellte:		Angestellte:	
Verwaltungsangestellte	5	Verwaltungsangestellter	4
Kaufm. Angestellte	5	Bürokaufmann	3
A. im Hauswirtschaftswesen	3	Versicherungsangestellter	2
Bankangestellte	1	Angestellter ohne nähere Bez.	2
Hilfskraft i. d. Verwaltung	1	Justizangestellter	1
Bürokaufmann	1	Reisebürokaufmann	1
Versicherungsangestellte	1	Bankkaufmann	1
Verkäuferin	1	Technischer Zeichner	1
Fernmeldeangestellte	1	Fertigungsplaner	1
		Lagerverwalter	1
Angestellte im Bereich d.			
Sozialwesens:		Beamte:	
"Sozialwesen"	1	Beamter	1
Kinderpflegerin	1		
Kindergärtnerin	1	Freiberufliche Tätigkeit:	
Kindergartenhelferin	1	Sozialpädagoge	1
Sozialpädagogin	1		
	<u>57</u>		<u>64</u>

Von den Behinderten, die in einer Behindertenwerkstätte beschäftigt sind, wurde zum größten Teil keine näheren Angaben zur Art ihrer Arbeit gemacht. Das gleiche war bei Behinderten der Fall, die an einem Förderungslehrgang oder einem Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten teilnahmen, so daß eine nähere Bezeichnung ihrer noch wechselnden Arbeitsbereiche nicht sinnvoll war. Die Anzahl der verschiedenen aufgezählten Berufe zeigt, daß es typische Behindertenberufe, abgesehen vielleicht von einer relativ häufig genannten Boten-tätigkeit, für die Behinderung durch den frühkindlichen Hirnschaden nicht gibt. Das Ausmaß der klinischen Ausprägung der zerebralen Schädigung und die Zusatzbehinderungen verlangen bei der Berufswahl eine individuelle Entscheidung. In den kommenden Jahren dürfte sich, durch die Ausbildung in erst wenige Jahre bestehenden Lehrwerkstätten, eine Konzentration verschiedener Berufsgruppen bemerkbar machen.

Bei der großen Anzahl Jugendlicher im vorliegenden Personenkreis war zu erwarten, daß eine beträchtliche Anzahl noch in der Ausbildung war.

- 33 (10 w) Behinderte befanden sich noch in der Ausbildung,
7 davon in einer Behindertenwerksätte.
- 54 (29 w) Behinderte hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung.
7 davon waren in einer Behindertenwerkstatt beschäftigt.
- 36 (18 w) Behinderte machten über ihren Ausbildungsstand keine Angaben.
22 waren in einer Behindertenwerkstatt tätig, bzw. nahmen
an Förderungs- oder Eingliederungsmaßnahmen teil.

Die Frage, ob sie mit ihrem Beruf zufrieden seien, wurde von

- 60 (26 w) Behinderten uneingeschränkt bejaht,
- 26 (11 w) Behinderte waren nur mit Abstrichen mit ihrem Beruf zufrieden.
- 3 (2 w) Behinderte äußerten Unzufriedenheit über ihren Beruf.
- 32 (18 w) machten zu dieser Frage keine Angaben.

121 (57 w)

11 (7 w) frühkindlich Hirngeschädigte hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits einen Berufswechsel hinter sich, 2 (1 w) davon hatten bereits zweimal ihren Beruf gewechselt. Zum Befragungszeitpunkt wurde der Wunsch nach einem Berufswechsel von

- 20 (10 w) Behinderten geäußert.
- 62 (26 w) Behinderte verneinten den Wunsch nach einem Berufswechsel,
- 39 (21 w) gaben hierüber keine Auskunft

121 (57 w)

Diese Zahlen, in denen der Zusammenhang mit der Zufriedenheit im Beruf weitgehend zum Ausdruck kommt, dürften sich von entsprechenden Vergleichszahlen der Gesamtbevölkerung kaum wesentlich unterscheiden. Dabei muß jedoch in Rechnung gestellt werden, daß ein Berufswechsel für Behinderte mit ungleich größeren Schwierigkeiten verbunden ist, als für

nicht behinderte. Bedenklich an der Zahl von 20 Behinderten, die den Wunsch nach einem Berufswechsel aussprachen, ist, daß diese Behinderten zum größten Teil gesicherte berufliche Positionen innehatten. Lediglich zwei Behinderte arbeiteten in einer Behindertenwerkstatt. Vier Behinderte, die ihren Beruf wechseln wollten, befanden sich in der Ausbildung in einem Berufsbildungswerk. Dies unterstreicht nochmals die Forderung, Berufswünsche frühkindlich Hirngeschädigter bei der Berufsberatung in größtmöglichem Ausmaß zu berücksichtigen, um berufliche Rehabilitationsbemühungen nicht von vornherein zu gefährden.

Über die Arbeitgeber der frühkindlich Hirngeschädigten gibt Tabelle 38 Auskunft:

Tabelle 38: Arbeitgeber frühkindlich Hirngeschädigter Oberbayerns		
Arbeitgeber	insgesamt	weiblich
Elterlicher Betrieb	1	-
Fremder Betrieb	36	18
Öffentlicher Dienst	21	11
Behindertenwerkstatt	25	8
Spastikerzentrum München	20	9
Berufsbildungswerk	1	-
Freiberufliche Tätigkeit	1	-
Keine Angaben	16	11
	<u>121</u>	<u>57</u>

Erstaunlich ist an dieser Aufzählung, daß lediglich ein Behinderter im elterlichen Betrieb beschäftigt war, kein einziger sogar in einer Firma Verwandter oder Bekannter. Immerhin 47,1 % der berufstätigen Behinderten konnten einen Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft oder im öffentlichen Dienst erreichen. Für 12 Behinderte, die einen Ausbildungsvertrag mit dem Spastikerzentrum München hatten, wird sich die Frage der Vermittlung eines Arbeitsplatzes erst nach Abschluß

der Ausbildung stellen. 20,7 % der Behinderten konnten nur in ein Arbeitsverhältnis in einer Behindertenwerkstatt vermittelt werden. Die freiberufliche Tätigkeit eines frühkindlich Hirngeschädigten muß als problematisch und nicht ideal betrachtet werden, eine Einschätzung, die sich im Fall des hier aufgeführten Sozialpädagogen, der seinen Lebensunterhalt nicht aus beruflichen Einkünften decken konnte, bestätigt. Die Zahl der Behinderten, die keine Angaben über ihren Arbeitgeber machten, resultiert aus der Zahl der Arbeitslosen und derjenigen, die nicht mehr im Berufsleben standen.

Jeder mit der beruflichen Rehabilitation Schwerbehinderter befaßte weiß um die Schwierigkeiten, die sich bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes aufürmen. Aus einer Pressemitteilung des Münchner Arbeitsamtes geht hervor: "...innerhalb eines Jahres bemühten sich rund 1.800 körperlich, geistig, seelisch und lernbehinderte Jugendliche um die Vermittlung einer Ausbildungsstelle. Doch unter den Ratsuchenden waren lediglich 124 behinderte Jugendliche, die für eine direkte betriebliche Ausbildung geeignet erschienen... Die schlechtesten Vermittlungschancen haben Spastiker, Gehirngeschädigte und schwer seelisch Behinderte." 27) Diese Aussage verdeutlicht, vor welchen oftmals unüberwindbaren Hindernissen frühkindlich Hirngeschädigte bei der Arbeitsplatzsuche stehen. Auf welche Weise oberbayerische Spastiker zu ihrem Arbeitsplatz kamen, zeigt Tabelle 39.

27) Aus einem Bericht der Süddeutschen Zeitung (Nr. 294, 21.12.1977, S. 9):

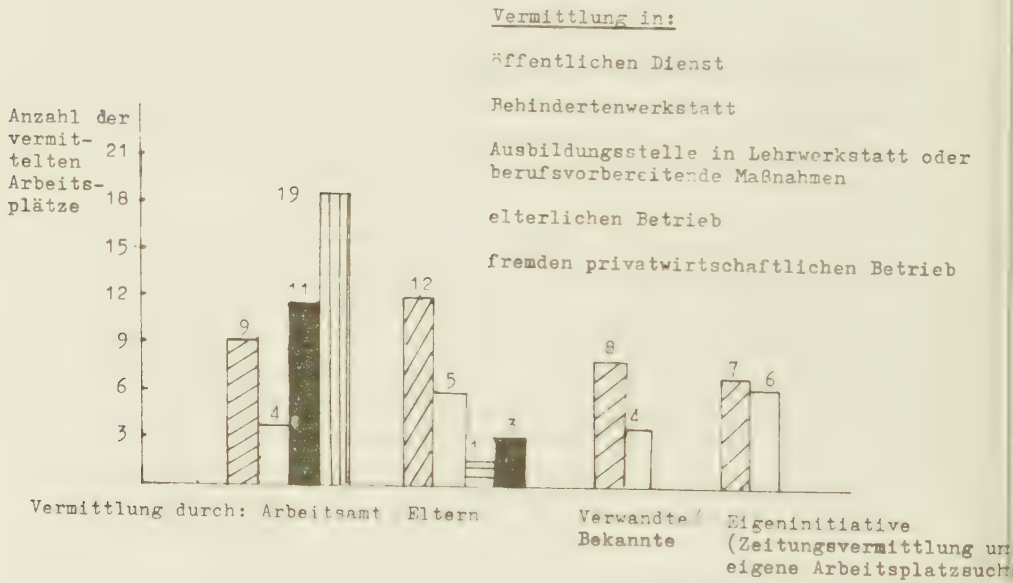
"Behinderte - Sorgenkinder des Arbeitsamtes" von M. Barsig

Tabelle 39: Vermittlung der Arbeitsplätze frühkindlich Hirngeschädigter

Arbeitsplatzbeschaffung durch:	insgesamt	weiblich
Arbeitsamt	43	21
Vermittlung der Eltern	20	9
Vermittlung Verwandter oder Bekannter	13	8
Gesundheitsamt	3	2
Schule oder Lehrer	4	2
Kirchliche Institution (Caritas)	2	1
Wohlfahrtsverband	2	-
Eigenes Inserat in der Zeitung	2	2
Stellenangebot in der Zeitung	7	2
Eigene Stellungsuche	4	1
Keine Angaben zur Arbeitsplatzbeschaffung	21	9
	<u>121</u>	<u>57</u>

Nach dieser rein zahlenmäßigen Aufschlüsselung der Vermittlung von Arbeitsplätzen steht das Arbeitsamt mit 35,5 % der vermittelten Stelle klar an der Spitze. Bei der Beurteilung der Vermittlungserfolge ist es jedoch unerlässlich, die Qualität der vermittelten Arbeitsplätze in die Betrachtung miteinzubeziehen. Die Vermittlungsergebnisse hinsichtlich der Qualität der Arbeitsplätze, für die am häufigsten zu einem Arbeitsplatz führenden Bemühungen, sind in anschaulicher Weise in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Art des Arbeitsplatzes in Abhängigkeit von der Art der Vermittlung



Die erfolgreichen Bemühungen der Arbeitsämter basieren hauptsächlich auf der Mehrzahl der Vermittlungen in Behindertenwerkstätten, sowie aus der Vermittlung von Ausbildungsverträgen mit Lehrwerkstätten und berufsvorbereitenden Maßnahmen. Über spätere Erfolge dieser Maßnahmen bei der Vermittlung einer Stelle auf dem freien Arbeitsmarkt sind definitive Aussagen nicht möglich. In der Vermittlung von Arbeitsplätzen in der freien Wirtschaft oder im öffentlichen Dienst erreichten die Bemühungen der Arbeitsämter nicht die Erfolgsquoten, die Eltern bei der Vermittlung ihrer behinderten Kinder aufweisen konnten. Auch die Eigeninitiative der Behinderten oder das Einschalten Verwandter oder Bekannter in die Bemühungen um einen Arbeitsplatz, zeigten zahlenmäßig

die gleichen Erfolge, wie die Bemühungen der Arbeitsämter. In der Relation zur Zahl der vermittelten Arbeitsplätze auf dem freien Arbeitsmarkt erwiesen sich somit sowohl eigene Initiativen, als auch die Vermittlungsbemühungen durch Eltern, Verwandte oder Bekannte, als erfolgreicher, als die Einschaltung der Arbeitsämter.

Die eingeschränkte Zahl der Arbeitsplätze für frühkindlich Hirngeschädigte, insbesondere eine Tätigkeit in entfernteren Behindertenwerkstätten, unterwirft* Zerebralparetiker oft erheblichen Belastungen auf dem Weg zur Arbeitsstelle. Die Zeiten, die Behinderte für den Weg zu ihren Arbeitsplätzen brauchen, zeigt Tabelle 40.

Tabelle 40: Zeitaufwand zum Erreichen des Arbeitsplatzes		
Weg zum Arbeitsplatz in Minuten	insgesamt	weiblich
Wegzeit von weniger als 5 Minuten	9	4
Wegzeit von 5 - 15 Minuten	16	8
16 - 30 Minuten	23	12
31 - 45 Minuten	24	13
46 - 60 Minuten	12	2
61 - 90 Minuten	6	2
91 - 120 Minuten	3	1
mehr als 120 Minuten	1	-
Keine Zeitangaben	27	15
	<u>121</u>	<u>57</u>

Von wenigen Ausnahmen abgesehen liegen die Zeiten, die Spastiker für das Erreichen ihrer Arbeitsplätze benötigen, im Rahmen des Zumutbaren. Dabei zeigte sich, daß von Klein- und Mittelstädtern im Durchschnitt die meiste Zeit aufgebracht werden mußte (40 bzw. 41 min.). Großstädter benötigten für den Weg zu ihrer Arbeitsstätte durchschnittlich 32 Minuten, Bewohner von Landgemeinden nur 27 Minuten.

Öffentliche Verkehrsmittel werden von 50 (17 w) Behinderten auf dem Weg zur Arbeit benutzt, wobei Bus und S-Bahn am häufigsten genannt wurden. 21 (10 w) Behinderte mußten dabei einmal, 13 (0 w) zweimal und öfter umsteigen.

Von 46 (26 w) Zerebralparetikern wurden auf dem Weg zum Arbeitsplatz keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzt. Dabei wurde der Weg von

- 14 (9 w) Behinderten zu Fuß, von
- 3 (2 w) mit dem Rollstuhl und von
- 2 (1 w) mit dem Fahrrad zurückgelegt.
- 3 (2 w) Behinderte wurden von ihren Eltern,
- 6 (5 w) von einem Taxi und
- 7 (2 w) von einem Werks- oder Betriebsbus zum Arbeitsplatz gebracht.
- 10 (5 w) Behinderte erreichten ihre Arbeitsstelle mit ihrem eigenen Auto,
- 1 (0 w) fuhr täglich mit dem Moped zum Arbeitsplatz.

46 (26 w)

Von 25 (14 w) Behinderten wurden keine Angaben über die Art und Weise gemacht, wie sie ihren Arbeitsplatz erreichten.

Die Schwierigkeiten, die der Weg zur Arbeit für frühkindlich Hirngeschädigte aufwirft, scheinen in dieser Aufzählung weitgehend gelöst zu sein.

Als grundsätzliche Forderung muß gelten, daß arbeitswilligen und arbeitsfähigen Zerebralparetikern jede denkbare Hilfe zuteil werden muß, um zu verhindern, daß ein Tätigwerden an Problemen des Arbeitsweges scheitert.

Von entscheidender Bedeutung in der Beurteilung des Erfolges beruflicher Rehabilitationsbemühungen ist, ob es den Behinderten möglich ist, ihren Lebensunterhalt durch berufliche Einkünfte zu bestreiten. In welchem Ausmaß dies den frühkindlich Hirngeschädigten Oberbaverns möglich war, zeigt Tabelle 41.

Tabelle 41: Bestreiten des Lebensunterhalts durch berufliche Einkünfte		
Lebensunterhalt wird durch berufliche Einkünfte	insgesamt	weiblich
Voll gedeckt	40	21
zum Teil gedeckt	20	9
nicht gedeckt	41	15
Keine Angaben	20	12
	<u>121</u>	<u>57</u>

Die ungenügende Deckung des Lebensunterhaltes durch berufliche Einkünfte bei zwei Dritteln der Behinderten, zieht die Frage nach zusätzlichen Mitteln, die nicht aus beruflichen Einkünften stammen, zwingend nach sich.

- 28 (16 w) Behinderte machten hierzu keine Aussage,
 - 49 (24 w) verneinten die Frage nach zusätzlichen Einkünften.
 - 28 (7 w) Behinderten wurden durch die Eltern finanziell unterstützt,
 - 9 (4 w) erhielten Sozialhilfeleistungen,
 - 6 (5 w) konnten über eine Rente verfügen.
 - 3 (1 w) Behinderte erhielten eine Waisenrente,
 - 1 (1 w) Behinderte bekam Pflegegeld,
 - 1 (1 w) Unterhaltszahlungen nach Scheidung.
 - 1 (1 w) Behinderte bezog Arbeitslosengeld,
 - 1 (0 w) weiterer konnte über Kindergeld verfügen.
-

127 (60 w) Die Überzahl kommt durch 6 (3 w) Doppelnennungen zustande.

Wie schon die Beantwortung einzelner Fragen zu den sozialen Verhältnissen zeigte, sind manche Behinderte nicht geneigt, Fragen zu beantworten, die ihre finanziellen Verhältnisse betreffen. Ob ein Teil der Behinderten bei diesen Fragen seine Situation bewußt schlechter darstellte als sie in Wirklichkeit war, oder ob Behinderte nicht in der Lage waren, von sich aus Angaben auf dem Antwortbogen selbständig zu formulieren, kann nicht mit Sicherheit beurteilt werden. Folgende Tatsachen sprechen dafür, daß die Situation nicht so schlecht war wie von Seite der Behinderten dargestellt:

Lediglich eine Behinderte unter 12 Arbeitslosen gab den Empfang von Arbeitslosengeld zu Protokoll, von 13 (6 w) Zerebralparetikern, die ihren Lebensunterhalt als vollkommen ungedeckt angaben, war bekannt, daß sie vom Arbeitsamt Mittel nach dem Arbeitsförderungsgesetz erhielten. Das gleiche traf bei 10 (3 w) Jugendlichen zu, die keine Angaben über das Bestreiten ihres Lebensunterhalts machten.

Ein Vergleich mit Zahlenangaben aus einer Sammelstatistik O. S. B o h n e 's die aufführt, daß 20,2 % der ausgebildeten Spastiker das Gesellenexamen

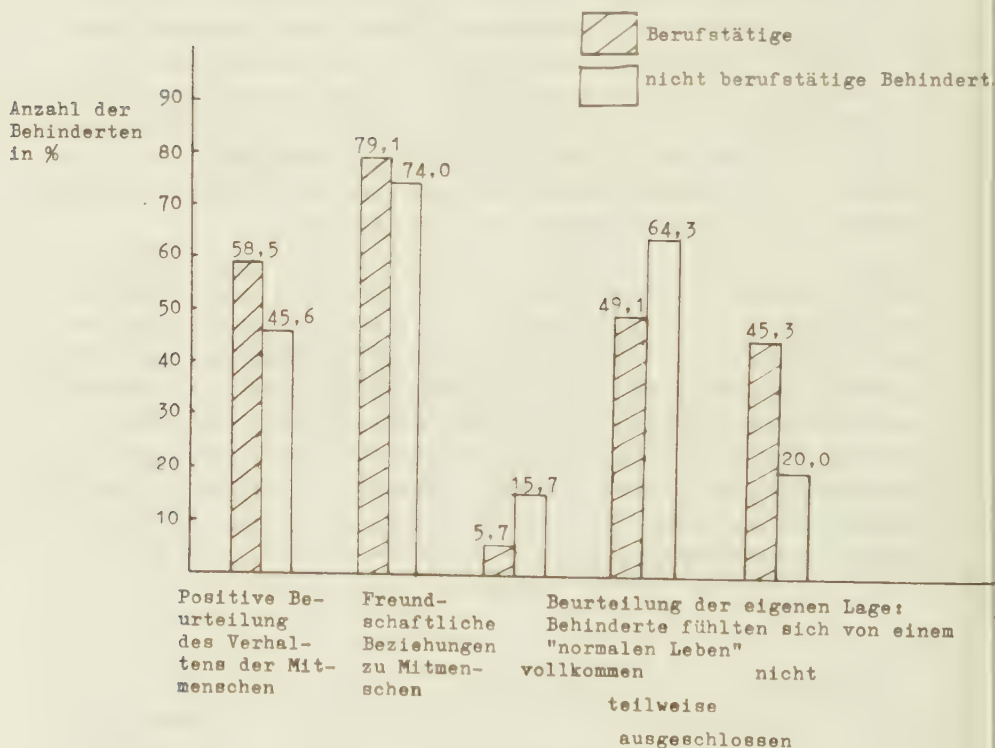
bestanden und 31,8 % angelernt werden konnten 28), sowie mit Zahlenangaben G e s w e i n 's, die 20,6 % von 190 älteren Spastikern einen beruflich gesicherten, weiteren 17,3 % einen zum Teil beruflich gesicherten Lebensbedarf attestierten 29), zeigt gute Übereinstimmung mit eigenen Ermittlungen. 40 Behinderte, die eine vollständige Deckung des Lebensunterhalts durch berufliche Einkünfte angaben, stellen 16,8 % des untersuchten Kollektivs dar. Unter Einbeziehung der Auszubildenden und der berufsunerfahrenen Schulbesucher, deren Lebensunterhalt als nicht gedeckt angegeben wurde, ist eine Zahl von über 20 % beruflich gesicherter Behinderter auch in diesem Personenkreis zu erwarten.

Die Bedeutung der Berufstätigkeit für den Behinderten reicht jedoch weit darüber hinaus, einen eigenen Beitrag zur materiellen Sicherung seiner Existenz leisten zu können. Eine selbständige Lebensführung, losgelöst vom elterlichen Haushalt, ist, wie die Befragung gezeigt hat, praktisch nur Berufstätigen möglich. Desgleichen konnten auch nur berufstätige zerebral Geschädigte eine Ehe eingehen. Abgesehen von diesen äußerlichen Manifestationen trägt die Möglichkeit zur Ausübung eines Berufs ganz entscheidend zur Hebung des Selbstwertgefühls der Behinderten bei, wie aus Abbildung 11 hervorgeht.

28) O.S. Böhne: "Probleme der Berufsausbildung und Berufsunterbringung von Spastikern", Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, 1961, Stuttgart, 1962.

29) Vgl. W. Blasig: "Die Rehabilitation der Körperbehinderten", München/Basel, 1967, S. 121.

Abbildung 11: Auswirkung einer beruflichen Tätigkeit frühkindlich Hirngeschädigter auf Bereiche des Zusammenlebens in der gesunden Umwelt



Der Anteil von 45,3 % der berufstätigen Behinderten, die sich nicht von einem "normalen Leben" ausgeschlossen fanden, zeigt die immense Bedeutung der beruflichen Tätigkeit für das Selbstwertgefühl des Behinderten, selbst wenn nur eine Beschäftigung in einer Behindertenwerk-

statt erreicht werden konnte. Das durch berufliche Tätigkeit gesteigerte Selbstwertgefühl finden frühkindlich Hirngeschädigte durch das Verhalten ihrer gesunden Mitmenschen bestätigt. 58,5 % der berufstätigen Spastiker beurteilten das Verhalten ihrer Mitmenschen positiv, während nur 45,6 % der Berufsunfähigen sich zu dieser Beurteilung veranlaßt sahen. Der Unterschied im Ausmaß der freundschaftlichen Beziehungen zu Mitmenschen ist zwischen den beiden Gruppen dagegen kaum nennenswert.

In allen bisher angestellten Untersuchungen zur beruflichen Situation frühkindlich Hirngeschädigter war lediglich von Behinderten die Rede, die Berufserfahrung hatten. Alle waren in der Lage, entweder durch Tätigkeit in Beschäftigungswerkstätten oder in Arbeitsplätzen des allgemeinen Arbeitsmarktes einen, wenn auch oft bescheidenen, Beitrag zur materiellen Sicherung ihrer Existenz zu leisten.

Bei nahezu der Hälfte der oberbayerischen Spastiker war dies jedoch nicht der Fall. Nur von wenigen, die zum Zeitpunkt der Befragung noch schulpflichtig waren oder eine weiterführende Schule besuchten, kann eine spätere Berufstätigkeit erwartet werden.

Ein kleiner Teil nicht berufstätiger Behinderter dürfte noch in der Lage sein, im Rahmen der Anforderungen der Beschäftigungswerkstätten eine Tätigkeit auszuüben. Die Arbeitsleistung von wenigstens 30 % der eines Nichtbehinderten, die nach Aussage des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung nur von einem Drittel der Behinderten in den Beschäftigungswerkstätten erreicht wird, kann von einer Gruppe, die in persönlichen Gesprächen mit Eltern sowie durch zusätzliche briefliche Aussagen von Eltern zutage trat, durchaus erreicht werden. Dabei handelt es sich um jugendliche Behinderte, die zum größten Teil einen Sonderschulabschluß nachweisen können, jedoch keinen Ausbildungsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in Lehrwerkstätten der Berufsbildungswerke erreichen konnten. Von ihren Eltern wird eine mögliche Betätigung in einer Beschäftigungswerkstatt strikt abgelehnt. Der Grund ist in einer, bei Eltern frühkindlich Hirngeschädigter nicht selten anzutreffenden, geradezu

grotesken Fehleinschätzung der Leistungsfähigkeit ihrer Kindes zu suchen. Sie nehmen lieber in Kauf, ihr Kind auch über lange Zeit unbeschäftigt und ungefordert zuhause zu lassen, als es dem vermeintlichen Makel einer Arbeit in einer Behindertenwerkstätte auszusetzen.

Neben dieser Gruppe, deren berufliches Tätigwerden hauptsächlich an der Uneinsichtigkeit der Eltern scheitert, existiert jedoch eine weitere, der aus Mangel an Plätzen in Behinderten- und Beschäftigungswerkstätten eine Beschäftigung verwehrt bleibt. Aus vereinzelt Briefen von Eltern dieser Jugendlichen, kam auf diesen Mangel vor allem in den Regionen Oberland und Ingolstadt geschlossen werden, während aus den Regionen München und Südostbayern keine gleichartigen Klagen laut wurden. Aus den Materialien zum 1. Bayerischen Landesplan für Behinderte geht hervor, daß die Bemühungen, den Bedarf an Behinderten- und Beschäftigungswerkstätten in strukturschwächeren Gebieten zu decken, bereits weit fortgeschritten sind. Eine Verbesserung der Situation auf diesem Sektor kann in den kommenden Jahren damit sicher erwartet werden.

Den größten Anteil unter den erwerbslosen Zerebralparetikern stellen Berufs- und Bildungsunfähige, bei denen durch rehabilitierende Maßnahmen eine selbst geringe produktive Tätigkeit nicht erreichbar ist. Sie sind nicht in der Lage, "ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen", wie es im § 52 Abs. 3 des Schwerbehindertengesetzes von den Behinderten verlangt wird, denen die darin erstmals einheitlich definierten Behindertenwerkstätten offenstehen sollen. Allein ihre Existenz konfrontiert ihre Familie mit ungeheueren Problemen, deren Auswirkungen Schoneil an 50 australischen Familien einmal untersuchte. "Er kam zu dem Ergebnis, daß die Gegenwart eines behinderten Kindes wirtschaftliche, soziale und emotionale Strukturänderungen in der Familie bedingt, die weitgehende Beschränkungen mit sich bringen und nicht selten zu Zerfallserscheinungen eines normalen Familienlebens führen". 30) Diese Beobachtung kann auch in Familien oberbayerischer Spastiker gemacht werden. In persönlichen Gesprächen und in schriftlichen

30) Zitat nach H. Harbauer in: H. Matthiaß, H. Brüster, H.v. Zimmermann: "Spastisch gelähmte Kinder", Stuttgart, 1971, S. 280.

Aussagen der Eltern, die über die alleinige Beantwortung des Fragebogens hinausgingen, wurden diese Probleme offen ausgesprochen. In zwei Fällen wurde eine Familie durch eine zusätzliche Verhaltensstörung ihres Kindes aufs schwerste belastet. Bei vorwiegend noch jüngeren Eltern, die durch die Hilflosigkeit ihres schwerbehinderten Kindes große Entbehrungen auf sich nehmen mußten, galt die Hauptsorge dem oft verzweifelten Bemühen, ihr Kind in einem Pflegeheim unterzubringen. Die Eltern älterer Spastiker dagegen, die sich ihr ganzes Leben nicht von Sohn oder Tochter getrennt hatten, wurden von der Ungewissheit über das Schicksal ihres Kindes nach ihrem Ableben gequält und fürchteten geradezu diese Gefahr der drohenden Heimeinweisung.

Selbst wenn Eltern mit dem tragischen Schicksal der Behinderung ihres Kindes fertigwerden, ist eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation oft unvermeidlich. Der bildungs- und berufsunfähige Zerebralaparetiker ist in zahlreichen Fällen pflegebedürftig. In beinahe allen Fällen wird die Pflege von Familienangehörigen, insbesondere der Mutter, ausgeführt werden müssen. Dadurch ist eine berufliche Tätigkeit der Mutter, die geeignet wäre, die wirtschaftlichen Verhältnisse zu bessern, von vornherein unmöglich. Leider ist auch heute noch die Beobachtung zu machen, daß Eltern nicht selten durch die Existenz eines schwerstbehinderten Kindes in eine Außenseiterposition gelangen. Dies ist in höchstem Grade bedauernswert, da gerade Eltern, die sich unter keinen Umständen von ihrem verkrüppelten Kind trennen wollen, unsere größte Hochachtung verdienen.

BEURTEILUNG DER EIGENEN LAGE

Jedes Gebrechen ändert die Lebensbedingungen eines Menschen entscheidend. Dies gilt in gleichem Maße für Behinderungen, die im Erwachsenenalter auftreten, wie für den frühkindlichen Hirnschaden. Behindert sein heißt anders sein. Mit dieser Hypothek ist das Leben des frühkindlich Hirngeschädigten belastet. Ihn davon zu befreien ist die Aufgabe der Rehabilitation, eine Aufgabe, die in vielen Fällen unlösbar sein wird. Selbst eine objektiv erreichte Wiedereingliederung wird den Behinderten vom Erleben des anders Seins oftmals nicht befreien können.

Um den frühkindlich Hirngeschädigten die Möglichkeit zu geben, ihr eigenes Erleben des Behindertseins zu artikulieren, wurde an den Schluß des Fragebogens die Frage nach der Beurteilung ihrer eigenen Lage gestellt. Zur Erleichterung einer statistischen Auswertung wurde auch die Beantwortung dieser Frage vorformuliert. Auf die Frage, ob sie sich durch ihre Behinderung von einem sogenannten "normalen Leben" ausgeschlossen fänden, wurden folgende Antworten erteilt:

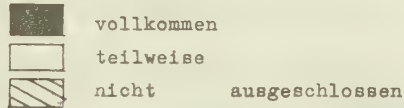
- 24 (16 w) Behinderte fühlten sich vollkommen,
- 126 (55 w) teilweise und
- 71 (38 w) nicht von einem normalen Leben ausgeschlossen.
- 17 (6 w) Behinderte beantworteten diese Frage nicht.

238 (125 w)

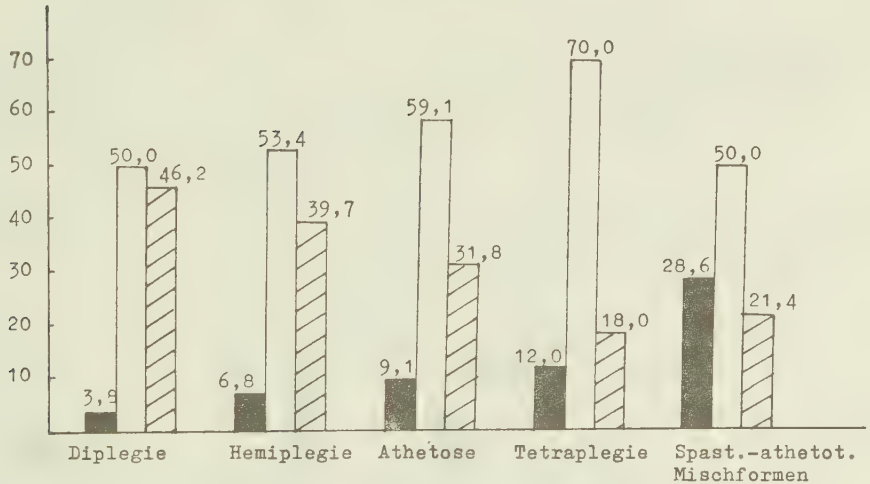
In den folgenden Abbildungen wird graphisch dargestellt, in welchem Ausmaß verschiedene Faktoren die Beurteilung ihrer Lage durch frühkindlich Hirngeschädigte beeinflussen.

Abbildung 12: Beurteilung der Lebensführung in Abhängigkeit von der klinischen Ausprägung der zerebralen Schädigung

Frühkindlich Hirngeschädigte fühlten sich von einem normalen Leben



Anzahl der
Behinderten
in %

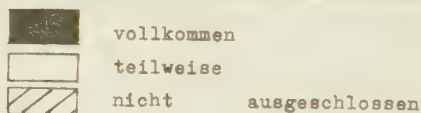


Bereits die unterschiedliche klinische Symptomatik des frühkindlichen Hirnschadens bewirkt, in der Beurteilung ihrer Lage durch die Behinderten selbst, deutlich erkennbare Unterschiede. Dabei zeigt sich, wie schon bei den Fragen nach Schulabschluß und Berufstätigkeit zu beobachten war, eine immer wieder gleichbleibende Reihenfolge. Am schlechtesten beurteilten Behinderte mit spastisch-athetotischen Mischformen ihre Situation, Diplegiker und Halbseitengelähmte lagen, was die Möglichkeit der Führung eines normalen Lebens anging, mit Abstand an der Spitze.

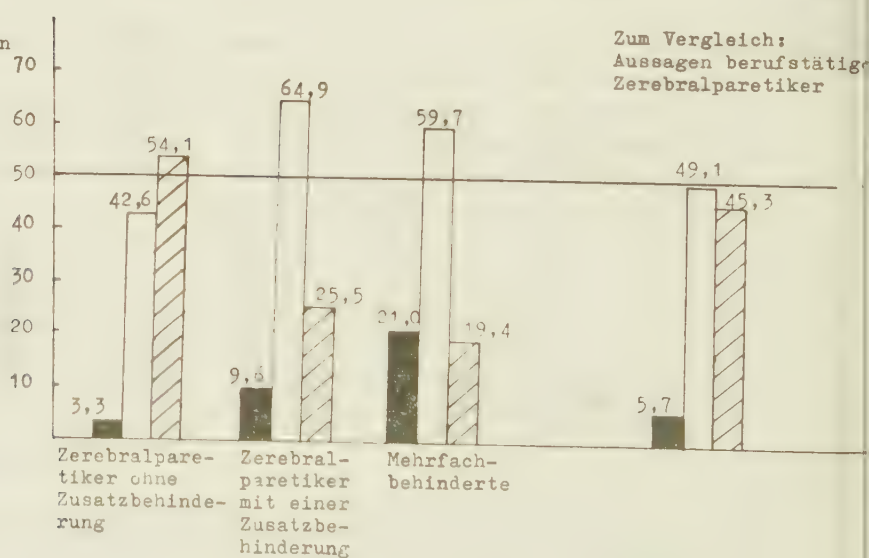
Über die klinische Ausprägung der motorischen Anomalie hinaus beeinflusst eine Mehrfachbehinderung die Lebensqualität entscheidend, wie aus Abbildung 13 hervorgeht. Zum Vergleich ist der Einfluß einer Berufstätigkeit auf die Beurteilung der Lebensführung mit dargestellt.

Abbildung 13: Einfluß der Zusatzbehinderungen auf die Beurteilung ihrer Lage durch frühkindlich Hirngeschädigte

Behinderte fühlten sich von einem normalen Leben



Anzahl der Behinderten in %

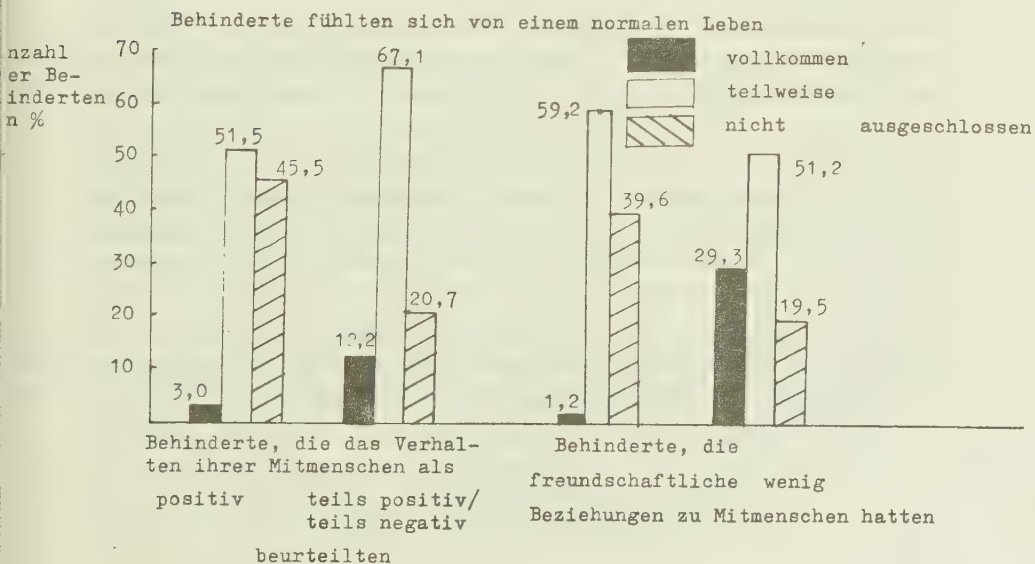


Der Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Kombination der Körperbehinderung mit einer zusätzlichen Behinderung der Sprache, des Sehens, des Gehörs oder mit einem Krampfleiden ist bedeutungsvoll. Kein Umstand, wie der Vergleich mit der Berufstätigkeit Behinderter zeigt, wirkte sich in dem Ausmaß fördernd auf die Lebensqualität

zerebral Gelähmter aus, wie das Freisein von einer Zusatzbehinderung. Nicht einmal unter verheirateten Zerebralpharetikern glaubten sich mehr als die Hälfte nicht von einem normalen Leben ausgeschlossen, wie dies bei allein körperlich behinderten Spastikern der Fall war. Als Konsequenz aus dieser Beobachtung muß die Forderung erhoben werden, den Zusatzbehinderungen, soweit sie einer Therapie zugänglich sind, größtmögliche Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Die bisher beschriebenen Umstände, die das Leben der Behinderten bestimmend beeinflussen, zeigen sich untereinander eng verknüpft. Der Zusammenhang zwischen der klinischen Ausprägung der zerebralen Schädigung, der Kombination mit einer Zusatzbehinderung, der Qualifikation des Schulabschlusses und der Fähigkeit, einen Beruf auszuüben, kann weitgehend als kausal betrachtet werden. Eine nur lockere Verbindung der Glieder dieser Kausalkette besteht demgegenüber mit dem Erleben des Verhaltens der Mitmenschen und der Pflege freundschaftlicher Beziehungen zu Mitmenschen, deren Einfluß auf die Beurteilung der Lebenslage in Abbildung 14 dargestellt wird.

Abbildung 14: Einfluß des Verhaltens der Mitmenschen und der Pflege freundschaftlicher Beziehungen auf die Beurteilung ihrer Lage durch frühkindlich Hirngeschädigte



Von welch überragender Bedeutung die wechselseitigen Beziehungen mit Gesunden für den frühkindlich Hirngeschädigten sind, findet in der Eigenbeurteilung ihres Lebens bereicherten Ausdruck. Kein im gesundheitlichen Zustand oder in der beruflichen Situation begründeter Umstand veranlaßte Behinderte in dem Ausmaß dazu, sich von einem normalen Leben ausgeschlossen zu fühlen wie fehlende Kontakte zur Umwelt. Die Zahl frühkindlich Hirngeschädigter, die sich ausgeschlossen fühlten, lag bei denjenigen, die Freundschaften unterhielten oder deren Mitmenschen ein positives Verhalten zeigten, sehr niedrig. Verständnisvolles Verhalten der Mitmenschen trug dazu bei, daß sich nahezu die Hälfte der Behinderten nicht von einem normalen Leben ausgeschlossen fühlte.

In diesem Zusammenhang gewinnt die Frage an Bedeutung, ob Zerebralparetiker glaubten, eine Besserung ihrer Situation könnte durch eine Änderung im Verhalten ihrer Mitmenschen erreicht werden. Nicht weniger als 96 Behinderte, 47,1 % derer, die auf diese Frage antworteten, bejahten dies. Dieser Sachverhalt unterstreicht den Stellenwert eines Teilziels der Rehabilitation, nämlich der bereits angesprochenen "Bewußtseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel gegenseitigen Verständnisses und der Anerkennung des Behinderten als gleichwertigen Partner." 31)

Voraussetzung für einen Erfolg der Öffentlichkeitsarbeit zum Wohl des frühkindlich Hirngeschädigten ist dabei eine wertfreie Berichterstattung durch Personen, die über fundierte Erfahrungen mit der Rehabilitation verfügen. Eine Bagatellisierung der Behinderung durch eine infantile Zerebralparese, die langgeprüfte Eltern veranlassen könnte, utopische Rehabilitationserfolge zu erwarten, ist ernsthaften Rehabilitationsbemühungen sicher abträglich. Mit großer Sorgfalt muß vermieden werden, durch unbewußt leichtfertige, nur an Publikumswirksamkeit orientierter Berichterstattung, Rehabilitationssatten oder für die Rehabilitation so dringend benötigtes Personal zu desavouieren und somit zur Bestärkung unberechtigt bestehender Vorurteile beizutragen. Der Schaden, der damit den Behinderten selbst zugefügt wird, kann unermesslich sein.

31) Zitat aus: "Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern",
Herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit
und Sozialordnung, München, 1975, S. I/4.

Z U S A M M E N F A S S U N G

1. Die vorliegende Arbeit berichtet über die Ergebnisse der Befragung frühkindlich Hirngeschädigter Oberbayerns, die aus den Akten der Orthopädischen Poliklinik der Universität München und des Spastikerzentrums München ermittelt wurden.
2. 419 Spastiker wurden um die Beantwortung eines Fragebogens gebeten. 238 beantwortete Fragebögen, davon 113 von Männern und 125 von Frauen, konnten verwertet werden.
3. Gefragt wurde nach den gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Verhältnissen, sowie nach schulischem und beruflichem Werdegang.
4. Die Altersverteilung zeigte eine ausgeprägte Verschiebung zugunsten der jüngeren Jahrgänge. 108 (45,4 %) Behinderte waren jünger als 20 Jahre,
87 (36,6 %) waren zwischen 20 und 29,
29 (12,2 %) zwischen 30 und 39,
9 (3,8 %) zwischen 40 und 49,
5 (2,1 %) über 50 Jahre alt.
5. In 78,6 % der Fälle lag bei den Behinderten eine Spastik vor, innerhalb der die Hemiplegie mit 42,8 % den größten Anteil stellte. 10,5 % der Behinderten wiesen eine Athetose auf, in 6,7 % lagen Mischformen vor.
6. Als Zeitpunkt der Krankheitserkennung wurden von 24,7 % der Behinderten die ersten beiden Lebensmonate, von 46,7 % ein Zeitpunkt im weiteren Verlauf des ersten Lebensjahres und von 27,3 % ein späterer Zeitpunkt genannt.
7. Die meistgenannte therapeutische Maßnahme war die Krankengymnastik, die mit 84,9 % der Behinderten durchgeführt worden war. Es folgte die Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln (76,9 %) vor operativen Maßnahmen (67,2 %) und medikamentöser Therapie (40,3 %).

8. Eine isolierte Zusatzbehinderung lag in 43,2 % der Fälle vor. In 26,8 % war eine Zusatzbehinderung mit einer, in 6,6 % mit zwei weiteren Zusatzbehinderungen kombiniert.
9. Dominierende Zusatzbehinderung war die Sprachstörung, die bei 52,1 % der frühkindlich Hirngeschädigten anzutreffen war. Es folgten die Sehbehinderung bei 34,7 % vor Krampfleiden bei 21,6 % und Gehörschäden bei 7,5 % der Behinderten.
10. 106 (58 w) Behinderte waren pflegebedürftig, 56 davon waren zumindest zeitweilig Rollstuhlbenutzer.
11. Der Allgemeinarzt liegt in der ärztlichen Betreuung frühkindlich Hirngeschädigter weit vor dem Orthopäden und Internisten an führender Stelle.
12. 86,7 % der männlichen und 71,2 % der weiblichen Behinderten wohnten bei ihren Eltern. 17,2 % waren in einem Heim untergebracht.
13. 38,2 % der Zerebralparetiker waren Mitglied in einem Verein, 13,4 % trugen aktiv zum Vereinsleben bei.
14. 112 Spastiker wohnten in der Großstadt München, 41 in einer Mittel- oder Kleinstadt, 85 in einer Landgemeinde. Weibliche Behinderte, die in Landgemeinden wohnten, konnten deutlich seltener eine Berufstätigkeit erreichen als Stadtbewohnerinnen.
15. 61 % der männlichen und 44 % der weiblichen Behinderten benutzten öffentliche Verkehrsmittel. In 76 % war es Behinderten möglich, ihre Haltestelle in längstens zehn Minuten zu erreichen.
16. 74 Behinderte wohnten in einer Altbau-, 103 in einer Neubauwohnung, 1 Behinderte in einer Notunterkunft. 51 % der Wohnungen waren Eigentümerwohnungen, 49 % Mietswohnungen.

17. 17 Rollstuhlbenutzern, die nicht ebenerdig wohnten, stand kein Aufzug zur Verfügung.
18. 12 Behinderte hatten kein Bad in der Wohnung, 36 Wohnungen boten keine Gelegenheit eines Aufenthalts im Freien.
19. 39 % der Behinderten hielten eine bauliche Verbesserung ihrer Wohnung in Hinsicht auf ihre Behinderung für möglich.
20. 20 frühkindlich Hirngeschädigte besaßen ein Auto, das in 6 Fällen mit orthopädischen Hilfsmitteln ausgerüstet war. In 5 Fällen wurde das Auto von einer dritten Person geführt.
21. 20 Behinderte führten ihren Haushalt vollkommen selbständig, 22 trugen zur Führung des Haushaltes teilweise, 162 nicht bei.
22. 173 Behinderte waren im Besitz eines Schwerbehindertenausweises. 138 machten von ihrem Ausweis bei verschiedenen Anlässen Gebrauch.
23. 45,4 % der frühkindlich Hirngeschädigten wurden in eine Volksschule, 46,6 % in verschiedene Formen von Sondervolksschulen eingeschult. Bei 8 % der Behinderten unterblieb eine Einschulung. Lediglich in 28,2 % erfolgte die Einschulung im Alter von sechs Jahren.
24. 34,9 % der Behinderten konnten einen Volksschulabschluß, 15,5 % den Abschluß einer weiterführenden Schule aufweisen.
25. 121 (57 w) Behinderte hatten Berufserfahrung. 12 (5 w) Behinderte waren arbeitslos, 53 (27 w) standen in ungekündigtem Arbeitsverhältnis. 25 (8 w) Behinderte waren in einer Behindertenwerkstatt beschäftigt, 20 (9 w) befanden sich zur Ausbildung in einer Lehrwerkstätte.
26. 55,4 % der berufstätigen Spastiker suchten vor der Ergreifung eines Berufs einen Berufsberater auf. 51 (27 w) Behinderte nahmen darüber hinaus an einer Arbeitserprobung teil, die in 20 (5 w) Fällen zur Ergreifung des erprobten Berufes führte.

27. Der Weg zum Arbeitsplatz stellte die Behinderten in keinem Fall vor unlösbare Schwierigkeiten.
28. Lediglich 40 (21 w) frühkindlich Hirngeschädigte konnten ihren Lebensunterhalt durch die Einkünfte aus ihrer beruflichen Tätigkeit bestreiten. 41 (15 w) konnten durch ihre berufliche Tätigkeit keinen nennenswerten Beitrag zu ihrem Lebensunterhalt leisten.
29. Die Frage nach zusätzlichen Mitteln, die nicht aus der beruflichen Tätigkeit resultierten, wurde von 28 (16 w) Behinderten nicht beantwortet, von 49 (24 w) Behinderten verneint.
30. 11 % der zerebral Gelähmten fühlten sich von einem normalen Leben vollkommen, 57 % teilweise und 32 % nicht ausgeschlossen.
47 % der Behinderten glaubten, ihre Situation könne sich durch eine Änderung im Verhalten ihrer Mitmenschen bessern.

S C H L U S S

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, durch die Untersuchung der sozialen und beruflichen Verhältnisse frühkindlich Hirngeschädigter in Oberbayern, die Bemühungen um die Rehabilitation dieses Personenkreises zu analysieren und durch aufgespürte Mängel in ihrer Versorgung Ansatzpunkte für eine Verbesserung ihrer Situation aufzuweisen.

Vorausschickend sei gesagt: Die Anstrengungen, die Staat und Gesellschaft für die Eingliederung ihrer behinderten Mitglieder unternehmen, sind enorm. 1972 belief sich das Sozialbudget für die Rehabilitation in Bayern auf 3,74 Milliarden Mark. 32) Diese Zahl, die in den vergangenen Jahren noch weiter angestiegen ist, zeigt die hohe volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation. Gerade die immense Höhe der Aufwendungen verpflichtet dazu, Mängel in der gegenwärtigen Versorgung Behinderter, die im Rahmen dieser Arbeit durchaus zutage traten, gezielt zu beseitigen.

Im Sinne einer optimalen gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Förderung frühkindlich Hirngeschädigter wird dazu nötig sein:

1. Verstärkte Aufklärung über den Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten von Kinderp, durch den die Voraussetzung zur rechtzeitigen Erkennung des frühkindlichen Hirnschadens bereits geschaffen sind.
2. Die Möglichkeiten zur Frühbehandlung frühkindlicher Hirnschäden durch krankengymnastische, logopädische und erzieherische Behandlungsmaßnahmen im Rahmen einer Gesamtsicht der Schäden sollten verbessert werden. Dies sollte auf der Grundlage neurophysiologischer und entwicklungsbezogener Vorstellungen geschehen.

32) Vgl. "Handbuch der Rehabilitation in Bayern", Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, München, 1975.

3. Der Behinderung durch einen frühkindlichen Hirnschaden sollte durch den Ausbau schulischer Einrichtungen für diesen Personenkreis verstärkt Rechnung getragen werden.
4. Die Aufklärung der Eltern behinderter Kinder, deren Verhalten für den Erfolg der Rehabilitationsbemühungen eine entscheidende Bedeutung zukommt, ist dringend zu intensivieren.
5. Die Zahl der Plätze für Ausbildung und berufsvorbereitende Maßnahmen in den Berufsbildungswerken sollte erhöht werden.
6. Das Netz der Berufsbildungswerke, Behinderten- und Beschäftigungswerkstätten des Regierungsbezirks sollte ausgebaut werden.

Das Schließen bestehender Lücken wird mit hohem finanziellen Aufwand verknüpft sein. Sollen die Rehabilitationsbemühungen um frühkindlich Hirngeschädigte, die sich über mehrere Lebensabschnitte erstrecken muß, einen Erfolg zeigen, ist die enge Zusammenarbeit aller mit ihrer Eingliederung befaßten Personen und Einrichtungen unbedingte Voraussetzung. Dabei ist nur unter Berücksichtigung der familiären und örtlichen Gegebenheiten des Behinderten ein langfristig effektiver Rehabilitationserfolg erreichbar. Zur Sicherung des Rehabilitationserfolges gehört die Anerkennung des zerebral Gelähmten durch die Gesellschaft.

Die Änderung im Verhalten der Mitmenschen, von vielen Behinderten herbeigesehnt und, im Gegensatz zu vielen anderen Maßnahmen, nicht durch finanziellen Aufwand erreichbar, könnte viel dazu beitragen, das Ziel der Rehabilitation erreichbar zu machen. Die Grundlagen dazu wären durch eine unbürokratische Anwendung und Ausschöpfung des Sozialgesetzbuches geschaffen.

L I T E R A T U R

- A s p e r g e r , H., Klinik der infantilen Zerebralpareesen, in K. Lindemann: Die infantilen Zerebralpareesen, Stuttgart 1963, S. 40.
- B a r s i g , M., Behinderte - Sorgenkinder des Arbeitsamtes, SZ Nr. 294, München 1977, S. 9.
- B a y e r i s c h e s S t a a t s m i n i s t e r i u m f ü r A r b e i t u n d Sozialordnung, Handbuch der Rehabilitation für Behinderte in Bayern, München 1975, Seiten 1/1, 1/3, 1/4, 8/1, 12/2.
- B a y e r i s c h e s S t a t i s t i s c h e s L a n d e s a m t, Statistisches Jahrbuch für Bayern 75, München 1975.
- B i e s a l s k i , K., Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge und Deutschland, Hamburg/Leipzig, 1909, S. 137.
- B i e s a l s k i , P., Medizinische Gesichtspunkte bei zerebral bewegungsgestörten Kindern mit Hör- und Sprachstörungen, in Matthiaß, Brüster, v. Zimmermann: Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971, S. 1-4.
- B l ä s i g , W., Die Rehabilitation der Körperbehinderten, München/Basel 1967, Seiten 15, 28, 121.
Schulausbildung der Kinder, in K. Lindemann: Die infantilen Zerebralpareesen, Stuttgart 1963, S. 292, 297.
- B l ä s i g , W. u n d S c h o m b u r g , E., Das zerebralparetische Kind, Stuttgart 1968, S. 42.

- B l ä s i g , W. , J a n s e n , G. , S c h m i d t , M. , Die Körperbehindertenschule, Berlin Charlottenburg 1972.
- B o b a t h , K. , Die normale motorische Entwicklung des Kindes während des ersten Lebensjahres und ihre Abweichungen bei infantilen Zerebralpareesen, in: Matthiaß, Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971.
- H a u p t , U. , Sprachheilbehandlung bei zerebral bewegungsgestörten Schulkindern, in: Matthiaß, Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971, S. 19-22.
- I l l i n g w o r t h , R.S. , Die Diagnose der Zerebralparese im ersten Lebensjahr, in: Matthiaß, Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971, S. 164-168.
- K ö n g , E. , Behandlungsergebnisse bei Früh- und Spätfällen, in E. Rossi: Diagnose und Therapie cerebraler Lähmungen im Kindesalter, Teil 1, Basel/New York 1962.
- K r e n k e l , W. , T ö n n i s , W. , Neurologie und Neurochirurgie, in K. Lindemann: Die infantilen Zerebralpareesen, Stuttgart 1963, S. 71 ff.
- L i n d e m a n n , K. , Die infantilen Zerebralpareesen, Stuttgart 1963, S. 49.
Grundlagen der Rehabilitation, Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte 1961, S. 131 ff.
- M a t t h i a ß , H.H. , in: Das behinderte Kind 2/1966, S. 42.
- M a t t h i a ß , H.H. , B r ü s t e r , H.T. , v. Z i m m e r m a n n , H. , Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971, S. 280.
- M e n g e s , B. , Die soziale und berufliche Situation der Querschnittsgelähmten in Oberbayern, Diss. München 1969, S. 39.

- P a t z e r , H., Über die Notwendigkeit der frühzeitigen Erfassung sowie systematischen und verbesserten Behandlung des "frühkindlichen Hirnschadens", Dtsch.Gesundh.-Wes. 14 (1959), S. 947-952.
- R o s s i , E., Diagnose und Therapie cerebraler Lähmungen im Kindesalter, Teil 1 und 2, Basel/New York 1962.
- R ü t t , A., Fragen zur Betreuung zerebralpharetischer Kinder, Jahrbuch der Fürs. f. Körperbeh. 1962, Stuttgart 1962.
- S c h ä f e r , J., Hilfen der Arbeitsämter zur Berufsfindung u. Berufsausbildung für körperbehinderte Jugendliche in der Bundesrepublik, in: Matthiaß, Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971, S. 70-74.
- S c h i l l i n g , A., Sprachstörungen (einschließlich Hörstummheit und Seelentaubheit) bei Cerebralparetikern und ihre Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Hörtrainings, Jahrbuch der Fürs. f. Körperbehinderte 1962, Stuttgart 1962.
- S c h l e g e l , K.F., Der Spastiker in der Berufsausbildung und im Beruf, Jahrbuch d. Fürs. f. Körperbeh. 1954, Selbstverl. d. dtchen. Vereinigung für Krüppelfürsorge, Düsseldorf 1954.
- S t o p e , H., Weltkommission für Zerebralparesen, in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1964, Stuttgart 1965.
- W a n d , P., Eingliederung pflegebedürftiger Spastiker, Jahrbuch der Fürs. f. Körperbeh. 1959, Stuttgart 1959.

W e w e t z e r , K.-H., Das hirngeschädigte Kind, Stuttgart 1959.

W o l k s , H., Sprech- Sprach- und Stimmstörungen bei körperbehinderten Kindern und ihre Behandlung, Z. Heilpädagog. 9 (1958), S. 169-177.

Z ü l c h , K.J., Morphologische und klinische Typen, in: K. Lindemann, Die infantilen Zerebralpareesen, Stuttgart 1963.

Anhang

Muster des Begleitbriefes und des Fragebogens, die den frühkindlich Hirngeschädigten Oberbayerns zugesandt wurden.

Karl Dichtl
Conollystraße 00301
8000 München 40

München, den

Sehr geehrte

Im Rahmen einer Dissertationsarbeit befasse ich mich mit der sozialen und beruflichen Situation spastisch Gelähmter in Oberbayern. Ziel dieser Arbeit ist, durch eine möglichst umfassende Auskunft über die Lebensverhältnisse dieses Personenkreises, Wege zur Verbesserung der Situation der Betroffenen zu finden.

Um von möglichst vielen Behinderten Auskunft auf meine Fragen erhalten zu können, muß ich leider im wesentlichen auf eine briefliche Fragebogenaktion zurückgreifen, sofern die Betroffenen außerhalb der Stadt München leben.

Diese Arbeit, die vom LANDESARZT FÜR OBERBAYERN, HERRN PROFESSOR DR. GÖB, unterstützt, sowie vom BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG begrüßt wird, ist deshalb auf Ihre freundliche Mitarbeit angewiesen. Bitte bedenken Sie, daß die Beantwortung dieses Fragebogens Ihnen und Ihren Schicksalsgenossen zur Verbesserung Ihrer finanziellen und beruflichen Situation dienen kann.

Sämtliche Angaben werden absolut vertraulich behandelt und gereichen Ihnen in keinem Fall zu Ihrem Nachteil.

Mit dem besten Dank für Ihre Mitarbeit verbleibe ich hochachtungsvoll

Karl Dichtl, cand.med.

FRAGEBOGEN ZUR SOZIALEN UND BERUFLICHEN SITUATION DER
FRÜHKINDLICH HIRNGESCHÄDIGTEN IN OBERBAYERN

NAME:.....

VORNAME:.....

GEBURTSDATUM:.....

GEBURTORT:.....

Familienstand: ledig
verheiratet
verwitwet
geschieden

WOHNORT:(....).....

LANDKREIS:.....

Nur für Minderjährige:

ELTERN O.ERZIEHUNGSBERECHTIGTE:.....

I. FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND:

1. Wann wurde Ihre Krankheit erstmals erkannt?

in den ersten beiden Monaten
im ersten Lebensjahr
zu einem späteren Zeitpunkt
ich weiß es nicht

2. Welche Behandlung wurde mit Ihnen durchgeführt?

Krankengymnastische Übungsbehandlung Ja
Nein

Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln
(Schienen, Stützen, Gehwagen usw.) Ja
Nein

Medikamente Ja
Nein

Wurden Sie operiert? Ja
Nein

wenn ja, wie oft?mal

3. Benutzen Sie z.Z. orthopädische Hilfsmittel?

Ja
Nein

wenn ja, welche?	Schienen
	Gehwagen
	Rollstuhl
	Gehstöcke

sonstige Hilfsmittel:.....

Fühlen Sie dadurch eine Erleichterung Ihrer Behinderung?

Ja

Nein

4. Zeigen Sie außer der spastischen Lähmung eine der folgenden Zusatzbehinderungen?

Sprachbehinderung	Ja
	Nein

Hörbehinderung	Ja
	Nein

wenn ja:	taub
	schwer
	leicht

Sehbehinderung	Ja
	Nein

wenn ja:	blind
	schwer
	leicht
	schielen

Anfallsleiden	Ja
	Nein

Sonstige Gebrechen:.....

5. Wie werden Sie momentan ärztlich betreut?

Überhaupt nicht
 durch Allgemeinarzt
 durch Facharzt
 ambulant in der Klinik
 stationär in der Klinik
 durch Heilpraktiker

II. SOZIALE VERHÄLTNISSE

1. Familienverhältnisse: Wieviele Geschwister haben Sie?
 Das wievielte Kind waren Sie?

Nahmen bzw. nehmen Sie durch Ihre Behinderung eine
Sonderstellung ein? Ja
 Manchmal
 Nein

2. Momentane Situation:
 Leben Sie Alleinstehend
 bei den Eltern
 bei Verwandten oder Bekannten
 in einem Heim
 zusammen mit Ihrem Ehepartner

Frage 3 nur für Verheiratete:

3. Ist Ihr Ehepartner auch behindert? Ja
 Nein
 Wieviele Kinder haben Sie?

 Ist eines Ihrer Kinder behindert? Ja
 Nein

4. Benötigen Sie häusliche Pflege? Ja
 Nein

 wenn ja, wer führt diese aus? Familienangehörige
 Verwandte
 Bekannte
 Ganztägige Pflegerin
 Gemeindeschwester oder
 Fürsoger(in)

5. Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihrer Mitmenschen
 Ihnen gegenüber? Positiv
 Nicht eindeutig
 Negativ

6. Pflegen Sie freundschaftliche Beziehungen zu Ihren Mitmenschen?
 Ja
 Wenig
 Nein

7. Sind Sie Mitglied in einem Verein oder in einer Organisation?
 Ja
 Nein

 wenn ja, arbeiten Sie aktiv im Vereinsleben mit? Ja
 Nein

8. Wie informieren Sie sich über das Zeitgeschehen?

Überhaupt nicht
durch das Radio
durch das Fernsehen
aus Illustrierten
und Zeitungen

9. Besitzen Sie einen Scherbehindertenausweis?

Ja
Nein
Ja
Nein

wenn ja, machen Sie Gebrauch davon?

Bei welchen Anlässen?
.....

III. SCHULAUSSBILDUNG

1. In welchem Alter wurden Sie eingeschult?

Mit 6 Jahren
mit 7 Jahren
mit 8 Jahren
Älter als achtjährig
überhaupt nicht

2. In welche Schule wurden Sie eingeschult?

In eine Volksschule
Sonderschule für Körperbehinderte
Sonderschule für Schwachbefähigte
Hörgestörtenschule
sonstige Schule:.....

3. Haben Sie eine weiterführende Schule besucht?

Ja
Nein

wenn ja, welche?

Handelsschule
Mittel-o. Realschule
Oberrealschule o. Gymnasium

4. Welchen Schulabschluß haben Sie?

Keinen
Sonderschulabschluß
Volksschulabschluß
Mittlere Reife
Abitur
Hochschulabschluß

5. Waren Sie schon einmal oder sind Sie berufstätig?

Ja
Nein

WENN NEIN , BITTE WEITER MIT FRAGE V/I

WENN JA, BITTE WEITER MIT FRAGE IV/1

9. Würden Sie Ihren Beruf gerne wechseln? Ja
Nein
10. Würden Sie Ihre Arbeitsstelle gerne wechseln? Ja
Nein
11. Können Sie durch die Einkünfte Ihrer beruflichen Tätigkeit Ihren Lebensunterhalt bestreiten? Ja
nur zum Teil
Nein
12. Können Sie über Mittel verfügen, die nicht aus Einkünften Ihrer Arbeit stammen? Ja
Nein
- wenn ja, welcher Art sind diese Mittel?
Rentenzahlungen
Sozialhilfeleistungen
finanzielle Unterstützung durch Familienangehörige
sonstige Mittel
13. Wie lange brauchen Sie von Ihrer Wohnung zum Arbeitsplatz?Min.
- Benutzen Sie auf Ihrem Arbeitsweg öffentliche Verkehrsmittel? Ja
Nein
- wenn ja, welche? Eisenbahn
S- Bahn
U- Bahn
Straßenbahn
Bus
- wenn nein, wie gelangen Sie an Ihren Arbeitsplatz?
zu Fuß
mit dem Fahrrad
mit eigenem Auto
mit dem Taxi
auf andere Weise:.....
14. Haben Sie schon einmal den Beruf gewechselt? Ja
Nein
- wenn ja, wie oft? ...mal
15. Haben Sie schon einmal Ihren Arbeitsplatz gewechselt? Ja
Nein
- wenn ja, wie oft? ...mal
- Haben Sie selbst gekündigt? Ja
Nein
- Wurden Sie gekündigt? Ja
Nein

V. WOHNVERHALTNISSE

1. Wo wohnen Sie?
- In einer Großstadt
 - in einer Mittelstadt
 - in einer Kleinstadt
 - in einer Landgemeinde

2. Benutzen Sie häufig ein öffentliches Verkehrsmittel?

Ja
Nein

wenn ja, welche?

- Eisenbahn
- S- Bahn
- U- Bahn
- Straßenbahn
- Bus

Wie lange müssen Sie von Ihrer Wohnung zur Haltestelle gehen?

...Min.

3. Wohnen Sie in einer
- Altbauwohnung
 - Neubauwohnung
 - Notunterkunft

Ist Ihre Wohnung eine

- Mietswohnung
- Eigentumswohnung
- Wohnung im eigenen Haus
- Wohnung im Haus der Eltern
- Wohnung im Haus Verwandter
- ein Zimmer in einem Wohnheim
- Zimmer zur Untermiete

4. Wieviele Zimmer hat Ihre Wohnung? (ohne Küche und Bad/WC)

Wieviele Quadratmeter umfaßt Ihre Wohnung?

(Mit Küche und Bad/WC) ungefährqm

5. Liegt Ihre Wohnung ebenerdig?

Ja
Nein

wenn nein, im wievielten Stock?

....Stock

Erreichen Sie Ihre Wohnung mit dem Aufzug?

Ja
Nein

6. Gehört zu Ihrer Wohnung

ein Bad Ja
Nein
ein Balkon Ja
Nein
ein Garten Ja
Nein

7. Wie wird Ihre Wohnung beheizt

Durch eine Zentralheizung
durch Zimmeröfen
überhaupt nicht

8. Können Sie sich bauliche Verbesserungen Ihrer Wohnung
in Hinsicht auf Ihre Behinderung vorstellen?
- Ja
Möglich
Nein
9. Führen Sie Ihren Haushalt selbst?
- Ja
zum Teil
Nein
- Haben Sie eine Hausgehilfin
- Ja
Nein
- wenn ja, ganztägig
stundenweise
10. Besitzen Sie ein eigenes Kraftfahrzeug?
- Ja
Nein
- wenn ja, ist es mit orthopädischen Hilfsmitteln
ausgestattet?
- Ja
Nein
11. Welches der angegebenen Geräte besitzen Sie?
- Fernseher Ja
Nein
- Radio Ja
Nein
- Plattenspieler Ja
Nein
- Tonbandgerät Ja
Nein
- Stereoanlage Ja
Nein

VI. BEURTEILUNG DER EIGENEN LAGE

1. Finden Sie, daß Sie durch Ihre Behinderung von
einem sogen. "normalen Leben"
- vollkommen ausgeschlossen sind
teilweise ausgeschlossen sind
nicht ausgeschlossen sind
2. Glauben Sie, daß sich Ihre Lage durch eine Änderung im Verhalten
Ihrer Mitmenschen bessern könnte?
- Ja
Nein

Eigene Vorschläge zur Verbesserung Ihrer sozialen und
beruflichen Situation können Sie auf einem eigenen Blatt vermerken.

LEBENS L A U F

Am 26.2.1950 wurde ich als erstes von vier Kindern des Kaufmanns Hermann Dichtl und seiner Frau Elisabeth in Erding geboren. Nach vierjährigem Besuch der dortigen Volksschule trat ich 1960 in die Oberrealschule Erding ein, die ich 1969 mit dem Abitur verließ. Von Oktober 1969 bis März 1971 leistete ich bei einer Sanitätseinheit in München meine Wehrpflicht ab. Im April 1971 begann ich an der Ludwigs-Maximilians Universität in München mit dem Studium der Physik, im April 1972 mit dem Studium der Medizin. Die praktische Ausbildung des dritten Klinischen Studienabschnittes absolvierte ich im Fach Innere Medizin in Augsburg, in den Fächern Chirurgie und Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde an den Universitätskliniken in München.



